



Team Helmi

Delaktighet i fokus

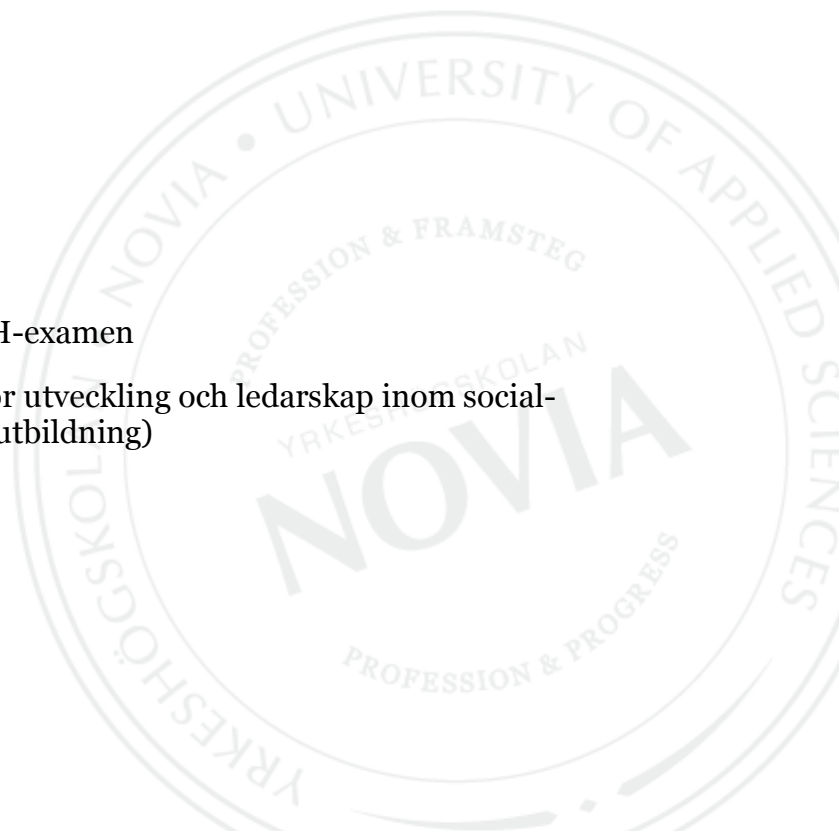
**Klienten och Team Helmi, medledarskap i ett
mångprofessionellt möte.**

Ann-Sofie Larsson

Lärdomsprov för Högre YH-examen

Utbildningsprogrammet för utveckling och ledarskap inom social-
och hälsovård (Högre YH-utbildning)

Åbo 2015



LÄRDOMSPROV (Högre YH)

Författare: Ann-Sofie Larsson

Utbildningsprogram och ort: Utveckling och ledarskap inom social- och hälsovård

(Högre YH-utbildning), Åbo

Handledare: Pia Liljeroth

Titel: Team Helmi delaktighet i fokus

Klienten och Team Helmi medledarskap i ett mångprofessionellt möte

Datum: 01.04.2015

Sidantal: 56

Bilagor: 3

Abstrakt

Att få vara delaktig både som medarbetare i den egna organisationen och som klient i en vårdprocess är en rättighet som borde vara en självklarhet, men som ändå lyfts fram i lagar som stiftats. Hur kan vi stärka delaktigheten i Team Helmi för att nå ett delat ledarskap och på vilket sätt skapar vi arbetsmetoder som stärker den äldres delaktighet i den egna processen? Den optimala delaktigheten nås i ett medledarskap där alla aktörer möts i ett mångprofessionellt möte.

Syftet med detta utvecklingsarbete, som även är en del i VATA-projektet (ett samarbetsprojekt mellan sju yrkeshögskolor, sakkunnigorganisationer och arbetslivsrepresentanter), är att skapa lokal god praxis. I detta utvecklingsarbete är målet att utveckla en modell för klientstyrningsteamet Helmi. Modellen bygger på ett delat ledarskap och som stöder klientens aktiva deltagande.

Utvecklingsarbetet har förverkligats genom en aktionsforskning. Som grund för den gjordes först en litteraturoversikt (n=31) som gav byggstenarna för teorin. Under processen i Team Helmi har anteckningar gjorts i form av mötes protokoll och dagboksanteckningar. Dessa har sedan kopplats till teorin och ur detta har processer och arbetssätt utvecklats.

Resultatet är processer som utvecklats kring medledarskap, team Helmis processbeskrivning och en verksamhetsmodell.

Språk: Svenska

Nyckelord: delaktighet, delat ledarskap, servicehandledning, aktionsforskning, arbetssätt, processer

OPINNÄYTETYÖ (YAMK)

Tekijä: Ann-Sofie Larsson

Koulutusohjelma ja paikkakunta: Utveckling och ledarskap inom social- och hälsovård

(Högre YH-utbildning) Turku

Ohjaaja: Pia Liljeroth

Nimike: Team Helmi - osallisuus keskipisteessä

Asiakas ja team Helmi, yhteisjohtaminen moniammatillisessa kohtaamisessa/

Team Helmi delaktighet i fokus

Klienten och team Helmi medledarskap i ett mångprofessionellt möte

Päivämäärä: 01.04.2015 Sivumäärä: 56

Liitteet: 3

Tiivistelmä

Työntekijän osallistuminen oman organisaationsa toimintaan ja asiakkaan osallistuminen hoitoprosessiinsa ovat oikeuksia, joiden pitäisi olla itsestään selvyyksiä, muuta silti näistä asioista on säädetty erikseen laissa. Miten voimme vahvistaa osallistumisen team Helmissä saavuttaaksemme jaetun johtajuuden ja millä tavalla kehitämme työmenetelmiä jotka vahvistavat vanhuksen osallistumisen omaan prosessiin? Tässä kehittämistyössä tutkitaan, miten osallisuutta voidaan vahvistaa Team Helmissä, jotta saavutettaisiin jaettu johtajuus sekä millaisten työmenetelmien avulla vanhusten osallistumista omaan hoitoprosessiin voitaisiin vahvistaa. Optimaalinen osallisuus saavutetaan yhteisjohtamisen avulla, missä kaikki osallistujat kohtaavat moniammatillisessa tapaamisessa

Tämän kehittämistyön tavoite ja samalla myös VATA-projektin tavoite (VATA on yhteistyöprojekti seitsemän ammattikorkeakoulun, asiantuntijajärjestön ja työelämänedustajien välillä), on kehittää hyviä paikallisia työmenetelmiä. Tässä kehittämistyössä tavoite on kehittää malli asiakasohjaustimille, jonka perustana toimii jaettu johtajuus joka tukee asiakkaan aktiivista osallistumista.

Kehittämistyö toteutettiin toimintatutkimuksena (n=31) ja perustaksi tehtiin ensin kirjallisuuskatsaus mistä muodostui teorian perusta. Prosessin aikana Team Helmissä on tehty kokousmuistioita sekä päiväkirjan muistiinpanoja. Nämä muistiot on liitetty teoriaan mistä on kehitetty prosesseja ja työmenetelmiä. Lopputuloksena syntyi prosesseja koskien yhteisjohtamista, Team Helmin prosessin kuvaus ja toimintamalli.

Kieli: Ruotsia

Avainsanat: Osallistuminen, jaettu johtajuus, palveluohjaus, yhteisjohtaminen, työtavat, prosessit

MASTERS´ THESIS

Author: Ann-Sofie Larsson

Degree Programme: Development and leadership within Social Services and Health Care (Master), Turku

Supervisors: Pia Liljeroth

Title: Team Helmi, participation in focus

The client and Team Helmi, co-leadership in a multi professional meeting

Date: 01.04.2015 Number of pages: 56 Appendices: 3

Summary

The right to participate as a co-worker in the work organization and as a client in the care process should be self-evident, but is supported by legislation. How is it possible to strengthen participation for Team Helmi in achieving shared leadership and in what way can we create working methods that strengthen the possibility for elderly to be participant in their own processes? The optimal participation is achieved in a co-leadership where every participant meets in a multi-professional meeting.

The aim of this development work, which also is a part of a VATA-project (which is a collaboration project between seven high schools, expert associations and work experience representation), is to create local good praxis. In this development work the goal is to create a model for service coordination team Helmi, founding on shared leadership and creating work methods supporting the active participation for clients.

The development work was done through an action research method. A literature overview (n=31) was done firstly in order to give the foundation for the theory. Meeting protocols and diary notes were made during the process in Team Helmi, and these have then been linked to the theory. The outcome has resulted in processes and working methods

As a result, processes were created around co-leadership, process descriptions and an action model for Team Helmi was made.

Language: Swedish Key words: participation, shared leadership, service coordination
Action research, working methods, processes

Ordlista

RAI-HC	RAI home care, är ett mycket omfattande kartläggningsinstrument. Kartläggningen görs på alla klienter som är inskrivna kunder i hemvården och hemsjukvården. Kartläggningen görs två gånger per år eller oftare om väsentlig förändring i hälsotillståndet sker
RAI-LTC	RAI long time care är ett mycket omfattande kartläggningsinstrument. Kartläggningen görs på alla klienter som är inskrivna på geriatrisk avdelning, s.k. långvårdsklienter och på alla klienter som bor på effektiverat serviceboende. Kartläggningen görs två gånger per år eller oftare om väsentlig förändring i hälsotillståndet sker
Oulu Screener	Oulu screener har samma uppbyggnad som både LTC och HC dock så att omfattningen på frågorna är mindre, ca 150 frågor. Kartläggningen som erhålls är omfattande och beskriver risker och resurser hos klienten. RAI Oulu screener används om det inte finns resultat från HC eller LTC.
Effica	Patientjournalssystem som används inom social och hälsovården i Jakobstads social- och hälsovårdsverk
Team Helmi	Klientstyrningsteam som består av placeringskoordinatör (team ansvarig), utskrivningsteamet som består av tre sjukskötare, tre servicehandledare som alla tre tidigare arbetat som hemvårdsledare, seniorhandledare, servicehandledare, två socialarbetare
Äldrelagen	Lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre (28.12.2012)

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Bakgrund	2
3	Syfte och målsättning	8
4	Metod.....	8
4.1	Aktionsforskning som metod	9
4.2	Datainsamling	11
4.3	Etiska överväganden	14
5	Byggstenar som leder mot målet.....	16
5.1	Planering och förverkligande av klientstyrning inom äldreomsorgen	18
5.2	Individens egna resurser och delat ledarskap i Team Helmi.....	19
5.3	Klientens delaktighet	27
6	Målet, Team Helmis arbetssätt	31
7	Diskussion.....	46
7.1	Kritisk granskning	46
7.2	Sammanfattande diskussion och förslag till fortsatt utvecklingsarbete	51
	Källförteckning	53
	 Bilagor.....	 1
	Tabell 1 Artikelsökning.....	1
	Tabell 2 Sammanställning av genomgångna artiklar	2
	Figur1 Faktorer för delat ledarskap ur vårdpersonalens perspektiv.....	25
	Figur 2 Delaktighet.....	29
	Figur 3 Medledarskap och delaktighet är levande processer	35
	Figur 4	
	Processbeskrivning över teamets arbetssätt för utredning av servicebehovet	37
	Figur 5 Team Helmis verksamhetsmodell.....	42
	Bilaga 3 Anmälan om forskningstillstånd.....	16

1 Inledning

Hur kan vi nå en större delaktighet i vårt sätt att arbeta tillsammans i team och i vårt sätt att arbeta i förhållande till våra klienter? Genom den nya lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social och hälsovårdstjänster för äldre (980/2012) lyfts den äldres delaktighet fram och därmed också en rätt att ta del av och påverka den service som planeras för och ges den äldre. Delaktigheten stärks i denna lag för den äldre, men tragiskt är att det krävs en lag för att öka delaktigheten, detta som borde vara en självklarhet. Ett sätt att öka den äldres delaktighet är att underlätta processerna för den äldre när det gäller behovet av service men också när det gäller tillgängligheten till information. Servicehandledning är något som fått en mycket stor roll i den nya äldrelagen eftersom servicehandledningen ska underlätta för den äldre både i att få kontakt, erhålla service men också vad gäller en ökad delaktighet. Från statligt håll förväntas kommunerna bättre kunna möta de behov som den ökande äldre befolkningen har, kunna ingripa tidigare och genom detta stärka den äldres möjligheter till ett friskare och självständigare åldrande.

Enligt Kvalitetsrekommendationen för att trygga ett bra åldrande och förbättra servicen (STM 2013:15 s. 69) definieras servicehandledning enligt följande; servicehandledningen ska vara en klientbaserad arbetsform där klientens intresse ska vara i fokus. Servicehandledningen är en metod inom klientarbetet (case management) och ett sätt att samordna tjänsterna på organisationsnivå (service coordination). Genom samordning strävar man efter att minimera nackdelarna med det splittrade servicesystem som tidigare varit rådande. Klientens intresse utgör grunden, vilket innebär att hens individuella behov utgör grunden för den service som erbjuds. Den individuella servicehandledningens innehåll är rådgivning, samordning samt skötsel och/eller hjälp med att stöda klientens ärende. För att kunna göra detta på en optimal nivå krävs ett omfattande kunnande samt en god kartläggning och en fungerande kontakt till klienten, samt dennes närmaste anhöriga. Delaktighet, en egen vilja att sträva framåt och en önskan om självständighet, ska hjälpa och stärka den äldre att bo hemma.

Hur ska vi inom äldreomsorgen kunna svara mot det ökade behovet när de ekonomiska resurserna hela tiden stramas åt både på kommunalt och statligt håll? Hur kan vi nå den äldre i ett tillräckligt tidigt stadium innan vårdbehovet är så omfattande att möjligheterna att stärka ett tryggt eget boende begränsas? För att delvis kunna svara mot de omfattande krav äldrelagen (980/2012) ålägger kommunerna, har man inom social- och hälsovårdsverket i Jakobstad beslutat att starta ett Center för klientstyrning, Team Helmi.

Målsättningen med Team Helmi är att stöda den äldre till ett fortsatt självständigt liv genom att möta de behov som den äldre har. I detta arbete kommer jag att beskriva hur vi i Team Helmi strävar efter att utveckla arbetsmetoder som bygger på delaktighet för teamets medlemmar och som ger klienten ökade möjligheter till ett ökat medledarskap i den egna processen. Behovet att utveckla denna serviceform - servicehandledning, är mycket stort inte bara hos oss utan även nationellt, varför skapandet av en modell för hur detta kan byggas upp kan fungera som inspiration och idébyggare för andra organisationer. Genom att utveckla gemensamma rutiner för vårt sätt att arbeta för att stödja den äldre, ökar vi den äldres möjligheter till delaktighet i den egna vårdprocessen, då vi ger den äldre möjligheten till medledarskap.

Utvecklingsarbetet ingår i Projektet VATA – Vaikuttava tavat - (1.12.2013 – 31.12.2015). Detta är ett projekt som är finansierat av undervisnings- och kulturministeriet. VATA-projektet är ett samarbetsprojekt mellan sju yrkeshögskolor, sakkunnigorganisationer och arbetslivsrepresentanter. Projektet syftar till att skapa lokal god praxis. Yrkeshögskolan Novia, Campus Åbo och Campus Vasa deltar i VATA-projektet genom att utveckla evidensbaserade metoder för mångprofessionellt rehabiliterande arbetssätt. Samarbetet inom VATA-projektet med äldreomsorgen i Jakobstad utgår från de utvecklingsprojekt som gjorts i regionen; *Välfärd och kvalitet – Utvecklingsprojekt för förverkligande av äldreomsorgslagen (STM) och Äldrecentrum Österbotten (MellerstaFinlands Äldre-kaste)*, för att möta de utmaningar äldreomsorgen står inför. Inom VATA utvecklas god arbetspraxis genom att bygga upp en modell för klientstyrningsteam som bygger på ett delat ledarskap som inkluderar metoder vars syfte är att stöda klientens aktiva deltagande.

2 Bakgrund

För att kunna möta de krav som äldrelagen (980/2012) förpliktigar kommunerna till, krävs utarbetandet av instrument och metoder som möjliggör heltäckande kartläggning, uppföljning och ökat deltagandet hos den äldre. Idag uppgår antalet över 65-åringar till ca en femtedel av Finlands befolkning. De äldres antal förväntas öka med det dubbla fram till år 2030. Idag finns i Finland över 10 000 personer som är 90 år eller äldre, denna summa förväntas stiga till 79 000 år 2030 och år 2040 förväntas antalet äldre över 90 överstiga 140 000. Detta innebär att behovet av tjänster riktade till de äldre kommer att öka kraftigt. Tolkningar av de beräkningar som gjorts av Social- och hälsovårdsministeriet visar att de

yngre äldre kommer att vara friskare och inte ha ett så omfattande behov av service och tjänster, så här beräknar man en förskjutning av omsorgsbehovet upp i högre åldrar. Men ändå kommer trycket på service och tjänster för äldre att öka markant eftersom totala antalet äldre blir fler och vårdbehovet i de högsta åldersklasserna kommer att vara mera omfattande. Omkostnaderna för den service och de tjänster som kommer att behövas kommer att stiga, eftersom dygnetruntvård kommer att krävas i en större utsträckning för de äldsta. Omkostnadernas stegring kan påverkas genom att stöda den äldres välmående, hälsa och funktionsförmåga. Därför poängteras i nya äldrelagen att en tidig kartläggning och ett tidigt agerande är av största vikt. (Moisio m.fl. 2013).

I äldrelagen (980/2012) lyfts fram att kommunerna ska se till den äldre befolkningens välbefinnande, funktionsförmåga, hälsa och förmåga att klara sig på egen hand. Lagen förutsätter att en utredning över den äldres servicebehov görs och att behov som uppdagas tillgodoses. Tjänsterna som erbjuds skall stödja den äldres välbefinnande, hälsa och funktionsförmåga samt öka och möjliggöra ett eget boende och möjlighet att klara sig själv. Stor vikt skall läggas på rehabiliterande åtgärder då målet skall vara att förebygga institutionsvård. Wallace m.fl. (2012, s. 50-56) finner i sin undersökning att målet borde vara att minimera antalet personer som den äldre tvingas vara i kontakt med. Genom att göra en noggrann kartläggning kan man anpassa vården enligt den äldres individuella behov och önskemål. Hughes och Pearson (2013, s. 174-178) konstaterar att hälsosamt åldrande inte enbart är hälso- och sjukvårdens ansvar, här krävs också det politiska stödet i en lagstiftning som stöder den äldre till ett hälsosamt åldrande. De betonar vikten av att ge information kring hälsosamt åldrande också till övriga åldersklasser, såsom medelåldersgrupperna, eftersom det kan förebygga många hälsohinder som sedan i högre ålder gör den äldre beroende och skör. De vill lyfta fram kampanjer kring hur man kan förändra sin levnadsstil så att den blir mera hälsosam; influensavaccineringar, ökning av fysiska aktiviteten och vikten av sociala kontakter. De gjorde en studie kring hälsosamt åldrande som sträckte sig över 17 år med 5963 personer i åldern 35-55 år. De fann att socioekonomiska faktorer var bland de starkaste faktorerna som gav en positiv effekt på hälsosamt åldrande men också att ett hälsosammare liv i medelåldern gav en friskare ålderdom.

För att hitta redskap för hur äldrelagen (980/2012) ska kunna tillämpas mest effektivt har man haft två stora Kaste-projekt i Finland. Social- och hälsovårdsverket i Jakobstad har varit delaktig i båda projekten. Föregångaren till dessa två projekt var ett Kaste-projekt, *Äldrecentrum i Österbotten 2007-2013*. Detta innebar att man redan inom Kust-

Österbotten hade skapat ett etablerat samarbetsområde gällande utveckling inom äldreomsorgen. Därför fanns ett naturligt samarbetsområde för fortsättning av utvecklandet av äldreomsorgen.

Första projektet kopplat till äldrelagen (980/2012), *Pilotering av äldrelagen* (STM 2013) som administrerades av Tammerfors stad, var indelat i fyra temaområden. Social- och hälsovårdsverket i Jakobstad var delaktigt i temaområdet som gick närmare in på *En mångsidig bedömning av servicebehovet*. Detta delområde bearbetades även inom Eksote, JIK, Ylä-Savon sosiaali- ja terveysterveys och Uleåborg. Bedömningen av servicebehovet har en avgörande roll, både tidsmässigt och kvalitativt för heltäckande planering av den service som erbjuds den äldre. Att forma arbetsmetoder och instrument för detta var en av målsättningarna inom delområdet för projektet. Projekttiden var 1.10.2012 – 30.9.2013.

I det andra projektet, även detta administrerat av Tammerfors stad, *Välfärd och kvalitet – Utvecklingsprojekt för förverkligande av äldreomsorgslagen*, ingick Österbotten som ett delområde. Området omfattar sammanlagt 12 kommuner, Jakobstad, Larsmo, Pedersöre, Nykarleby (K4-området), Vörå, Korsholm (K2-området), Malax, Korsnäs, Närpes, Kristinestad, Kaskö (K5-området) och Laihela. Området är tvåspråkigt med svenska som majoritetsspråk. I projektet var tyngdpunkten inom K4-området, en identifiering av behov av servicebedömning vid första kontakten med en äldre klient.

I utvecklingsprojektet *Välfärd och kvalitet*, (1.10.2013 – 31.10.2014), var en av målsättningarna *Utredning av servicebehovet (§15)* med syfte att utveckla utredning av servicebehov och servicehandledning genom att göra bedömningen av den äldres funktionsförmågor mera mångsidigt och resursförstärkande. En produkt av projektet var en enkät som kan användas i den första kontakten för att få uppfattning om vad behovet är och vilka resurser den äldre har. Kan man redan i den första kontakten konstatera att det krävs vidare utredningar och en noggrannare kartläggning skall instrumentet Oulu screener användas för noggrannare bedömning av funktionsförmågorna. Oulu screener instrumentet, liksom RAI-mätarna, RAI-HC och RAI-LTC är kartläggningsinstrument som under en längre tid använts inom äldreomsorgen i social- och hälsovårdsverket i Jakobstad. RAI-instrumentet är bekant men användningsgraden av möjligheterna i instrumentet har inte varit så god som den kunnat vara. Detta utgör alltså ett område som kan stärkas och förbättras.

Utmaningar inom social- och hälsovårdsverket i Jakobstad kan hittas bl.a. i detta att organisationen i sig är väldigt ung. Samarbetsområdet inledde sin verksamhet från

ingången av 2010. Social- och hälsovårdsverket i Jakobstad består av ett samarbetsområde som omfattas av Jakobstad, Nykarleby, Larsmo och Pedersöre enligt värdkommun-modell. Samarbetet mellan de fyra kommunerna baserar sig på ett avtal och den politiska ledningen av social- och hälsovården sköts av social- och hälsovårdsnämnden, som är underställd stadsfullmäktige och stadsstyrelsen i Jakobstad. Verksamhetsidén för samarbetet är att samordna och stöda verksamheten så att behövlig social- och hälsovård kan upprätthållas och utvecklas i regionen. Detta samarbete mellan kommunerna och även mellan social- och hälsovården innebär att nya sammansättningar och nya samarbetspartners tillkommit sedan 2010. Tidigare har varje kommun själv haft ansvaret för ordnandet av socialvården. Hälsovården har fungerat genom ett samkommunavtal mellan Jakobstad, Larsmo och Pedersöre, medan Nykarleby helt skött både sin social- och hälsovård själva. Detta innebär att till det nya samarbetsområdet har kommit fyra kommuner med egna rutiner och förfaranden när det gäller hanteringen av olika ärenden.

I alla kommuner inom området har till hemvårdsledarna hört uppgifterna att kartlägga behoven, informera om möjliga serviceformer och se till att den service som blivit erbjuden den äldre verkställts. Efter att hemvårdsledaren gjort beslut har hemvårdarna i de olika byarna, städerna och teamen följt vård- och serviceplanen. Genom den nya äldreomsorgslagen (980/2021) lyfts servicehandledaren fram som den aktör som har den inledande kontakten med den äldre, tillsammans med den äldre utför kartläggning av funktionsförmågor och gör beslut om vilken service som är relevant.

Inom social- och hälsovårdsverket i Jakobstad byggs ett nytt klientstyrningsteam upp, Center för klientstyrning Team Helmi, för att kunna svara på de krav som finns i äldre lagen. Inom klientstyrningsteamet, Team Helmi, arbetar tre servicehandledare, en seniorhandledare, SAS-koordinator och utskrivningsteamet som består av tre sjukskötare, socialarbetare och socialhandledare. Teamet är ett mångprofessionellt team med representanter både från hälso- och sjukvården och sociala sidan. Dessa befattningar/tjänster är inte nyinrättade utan det handlar om personer som redan arbetade i organisationen. Det som gjorts har varit en omdisponering av befintliga resurser. Arbetsfältet är hela social- och hälsovårdsverkets verksamhetsområde omfattande Jakobstad, Larsmo, Nykarleby och Pedersöre. Befolkningsmängden inom detta verksamhetsområde är ca 43 000 personer. Målet för Team Helmi är att i den tidiga klientkontakten göra kartläggning av resurser och behov och genom detta ge stöd och resurser som stöder den äldres delaktighet och fortsatta självständighet.

Hérbert m.fl. (2003, s. 992-997) har skapat en modell för hur man genom en förenad service upprätthåller självständighet (Integrate Services for the Maintenance of Autonomy =PRISMA). Prisma-modellen innehåller instrument utvecklade för att förbättra kontinuiteten i vården. Mekanismen bakom bygger på en koordinering mellan beslutsfattare, organisationsledare och service på lokala planet och användandet av principen om en lucka, servicehandledare och individuella vårdplaner. Koordineringen mellan olika institutioner är av högsta vikt. Koordinering måste fungera på varje nivå inom organisationen, från högsta beslutsfattande organ till vårdarna på marknivå. Genom principen om en lucka koncentreras den äldres, anhörigas och professionellas resurser till en verksamhet. Vid kartläggningen kan sedan avgöras om den äldre uppfyller kriterier för integrerad service eller om information och styrning till rätt vårdnivå är den rätta åtgärden. Uppfylls kriterierna är det servicehandledaren som noggrant kartlagt och bedömt kundens behov som är skyldig att planera den service som behövs, starta upp den service som beviljas, organisera och koordinera stödet genom att också ge stöd till det multiprofessionella team som vårdar den äldre. Wallace m.fl. (2012, s. 50-56) har i sin undersökning kring helhetssyn, tillgänglighet och kompatibilitet i vården av den äldre gjort intervjuer med fokusgrupper. Resultatet av dessa gruppdiskussioner lyfte fram tillgängligheten på service, principen med en lucka, dit den äldre tar kontakt och genom denna kontakt startar den process som möter den äldres behov. Frustrationen med att tvingas försöka nå fler olika kontakter bör elimineras i mån av möjlighet. Detta är också en av grundtankarna med Team Helmi; en enda kontakt startar nödvändiga processer och utredningar.

När resurserna är små och det finns ett ökande behov av service, är det av största vikt att försäkra sig om att servicen möter kundens behov, utan överlappningar och så effektivt som möjligt. Instrument utvecklade för att förbättra kontinuiteten av vården och servicen, är ett måste för att kunna svara på de förändrade behoven av service inom dagens äldrevård (Hérbert m.fl. 2003, s. 992-997; Onder m.fl. 2007, s. 439-442). Därtill är det av stor vikt att också hitta de instrument med vilka man i ett så tidigt skede som möjligt kan fånga upp den äldre som ligger i hög risk för ett ökat vård- och omsorgsbehov och till följd av detta även har en ökad risk för förtidig institutionalisering (Gravelle m.fl. 2007, s. 31-34). Servicehandledning är ett mycket viktig tillvägagångssätt där man ser till de förebyggande åtgärderna. Om servicehandledningen inleds i ett tidigt skede finns det större möjligheter att finna en lösning på den äldres svårigheter, innan problemen hinner bli för komplicerade

och innan den äldre hinner falla igenom systemet och de åtgärder som krävs blir väldigt omfattande (Hänninen 2007, s. 12).

Ollonqvist m.fl. (2007, s. 115-125) konstaterar att många gånger är det så att den äldres behov och den service som erbjuds inte möter varandra. Att få den vård och den service man behöver är av största vikt för ett kvalitativt gott liv. Möter service och behov inte varandra riskeras säkerheten, tryggheten och grundläggande förutsättningar för ett fortsatt eget boende, vilket gör att risken för hospitalisering ökar. Gravelle m.fl. (2007) drar också den slutsatsen att för att uppnå en förändring hjälper det inte enbart att införa vissa stödåtgärder såsom servicehandledning. Det krävs också att man går in i strukturen och vågar tänka i nya banor och göra stora strukturella förändringar i sättet att arbeta och tänka med sköra äldre personer om man vill uppnå en minskning i sjukdagar, ökning av hälsa och kvalitet samt minskad dödlighet. I undersökningen som Kristensson m.fl. (2010) gjorde, lyckades man fånga upp en väldigt sårbar grupp av äldre personer som låg i hög risk för låg livskvalitet och genom att rikta åtgärderna kunde man förbättra deras livskvalitet. Kartläggningen och klientens delaktighet är av största betydelse för att nå ett gott resultat. Riktade åtgärder kan innebära t.ex. korta rehabiliteringsperioder då åtgärderna som ges bygger för en ökad självständighet.

Liknande tankar kan ses i Social och Hälsovårdsministeriets publikation *Förändring i rörelse* (STM 2013:13, s. 5-14), där det påpekas att människor överlag skall sträva efter ett aktivare liv med mindre stillasittande. Motionen borde få en central roll i främjandet av hälsan och välbefinnandet också för den äldre, liksom också förebyggande, behandlande och rehabiliteringsfrämjande insatser. Utöver en allmän inriktning ska det också finnas strävanden mot att stärka de grupper som ger upphov till mest oro och där man tidigare inte lagt in så mycket åtgärder. Dessa grupper stärks genom riktade åtgärder, där man försöker minimera de risker som ger upphov till långa, dyra vårdperioder. Inom servicehandledningen stöds de äldre som bor hemma genom handledning och information. En fysiskt passiv livsstil är inte bara ett problem hos oss utan ett världsproblem, ett folkhälsoproblem som kan jämföras med fetma, rökning och alkoholism. Motionens positiva effekter kan inte nog betonas, men det som också nu mera poängteras är motionens positiva effekt på minnet, koncentrationsförmågan, kreativiteten, lärandet och motivationen. Motionens betydelse kommer att öka allteftersom de äldres antal i samhället ökar, och allt fler kommer att bo hemma istället för att vårdas på institution.

3 Syfte och målsättning

Syftet med utvecklingsarbetet är att i Centret för klientstyrning, Team Helmi utveckla smidiga arbetsmetoder som svarar mot kravet om välfungerande servicehandledning i enlighet med nya äldrelagen (980/2012) och som samtidigt stärker känslan av delaktighet i ett delat ledarskap hos teamets medlemmar. Genom att bjuda in klienten stärks klientens egna aktiva deltagande. Genom att tillsammans göra en heltäckande kartläggning och att erbjuda service i tidigt skede, stärks klientens påverkningsmöjligheter i den egna processen. Klientstyrningsteamet Helmi strävar efter att arbeta utgående från ett delat ledarskap, detta baserar sig på delat ansvar, delaktighet och möjlighet att påverka de processer som formar arbetsvardagen. Detta i sin tur leder till ökad arbetsglädje och öppenhet inför förändringar.

- Hur bygger vi tillsammans en verksamhetsmodell för Team Helmi som grundar sig på ett delat ledarskap i teamet.
- Hur formar vi gemensamma arbetsmetoder och redskap som stöder ett delat ledarskap i servicehandledning och ökar klientens möjlighet till delaktighet i den egna processen.

Målet är att bygga upp ett klientstyrningsteam som har sin grund i delat ledarskap, där den enskilda medlemmens kunskap bygger en plattform av metoder för Team Helmi. Metoder som kan användas i arbetet tillsammans med den äldre och hans anhöriga. Metoder vars syfte är att stöda klientens aktiva deltagande och möjliggöra ett tidigt ingripande. Metoderna bygger på gemensamma principer om en god kartläggning av klientens resurser, förutsättningar och behov. Detta förutsätter ett aktivt medtagande av den äldre i dennes egen process.

4 Metod

Livet är en ständigt pågående förändringsprocess. Förändringens vindar tilltar i styrka och de sveper genom vår vardag allt snabbare. Hur vi reagerar på dessa förändringar, beror på

om förändringarna är självvalda eller påtvingade, om vi uppfattar dem som positiva eller negativa. Vi har också olika sätt att möta förändringarna. Mao Zedong tillskrivs ett kinesiskt ordspråk ”När förändringens vindar blåser bygger en del vindskydd, medan andra bygger väderkvarnar” (Angelöw 2010, s.11). I utvecklingsarbetet beskrivs den process som Centret för klientstyrning Team Helmi gör, de arbetsmetoder vi tillsammans formar och hur vi tillsammans bygger upp en ny verksamhetsform. Hur vi försöker bygga väderkvarnar som stöder den äldres delaktighet i den egna vårdprocessen

Utvecklingsarbetet är en aktionsforskning. Aktionsforskningens principer har använts när vi byggt upp Team Helmi och de arbetsmetoder som stöder teamets arbete för att stödja och öka kundens delaktighet. Team Helmi är en ny verksamhet och den förändring som detta innebär för den befintliga verksamheten är ett intressant förändringsområde. Förändringsinriktade undersökningar görs när deltagarna själva aktivt utför konkreta handlingar vars mål är att förändra förhållandena inom det område som undersöks, i detta arbete, Team Helmi.

4.1 Aktionsforskning som metod

När man gör en aktionsforskning är det viktigt att känna till att det innebär ett förhållningssätt inom förändringsinriktade undersökningar, i vilka deltagarna själva utför konkreta handlingar som har syftet att förändra. Syftet är att höja kunskapsnivån hos personerna inom det sociala system man vill förändra. I mitt utvecklingsarbete har jag valt att gå in i delaktigheten både ur den äldres synvinkel, klientens aspekt men också ur Team Helmis synvinkel, här med delaktigheten som tyngdpunkt i ett delat ledarskap. Det att man som forskare är väldigt nära i forskningsprocessen ställer mycket stora krav på att man kan bearbeta de intryck och fakta som man tar del av, detta eftersom intrycken och data utgörs av upplevelsebetonade fenomen (Andersen 1998, s.48).

Enkelt kan aktionsforskningen beskrivas som en process där forskaren deltar i lösandet av praktiska problem i samarbete med andra, i detta utvecklingsarbete, utvecklandet av Team Helmi. Deltagandet i processen är en inlärnings- och forskningssituation för mig som utvecklare. Processen strävar efter att koppla samman teorikunskaperna med de kunskaper man erhållit genom praktiskt arbetet och erfarenhet. Aktionsforskningen byggs upp kring ett samspel mellan de aktörer som deltar i processen. Ett positivt och fruktbart samspel uppstår och aktörerna utvecklar sina synpunkter genom att lära känna varandra, lära sig av

varandras insikter och kunskaper, dvs. arbeta med en process som kallas interaktiv komplementaritet. I processen är resultaten av en samverkan något mera än summan av de ingående bidragen. Interaktiv komplementaritet kräver samverkan över tiden, en dialog. Processen leder till att det skapas nya föreställningar, ny insikt och i vårt fall också förhoppningsvis nya tekniska strukturer och arbetssätt. Andersen (1998, s.48) menar att aktionsforskning görs av två huvudsakliga orsaker, den första är att man kan förbättra lärandet genom att förbättra och göra förändringar i arbetsmiljön. För det andra så kan man också utveckla nya arbetsmetoder, skapa ny kunskap kring hur något kan göras på ett nytt sätt och genom detta nå bättre och smidigare resultat. Detta ger då ny teori, nytt kunnande som baserar sig på evidens förankrad i vardagen (McNiff & Whitehead 2011, s.1, 14). Man utvecklar och förändrar verksamheten och genom denna process lär man sig hur förändringen skett och kan följa vad sker under hela processen då det i processen sker en kontinuerlig reflektion och utvärdering (Rönnerman 2008, s.13).

Aktionsforskningen beskrivs som en cyklisk process som innehåller flera olika faser. Processen inleds i kartläggningsstadiet, här belyser man situationen och de problem som finns, denna fas kallas också observationsfas. Här gäller det också att söka evidens i undersökningar som gjorts inom samma område. Att skapa en teoretisk grund för det problem man vill utforska. Processen fortsätter i processeringsstadiet, de problem man uppdagat behandlas och diskuteras. Här är det viktigt att kartlägga viljan att våga göra förändringar, att reflektera över det som gett upphov till behov av förändring. Att förbinda sig till förändring innebär att man är delaktig i de planer som görs upp och att man aktivt deltar i förverkligandet av planerna och även i uppföljningen. Det viktiga är att man under hela processen har en öppen dialog där man aktivt tar del av varandras åsikter och att man även vågar ändra planen om man märker att målsättningen inte är realistisk. Utvärderingen av processen bör ske som ett fortlöpande pärlband genom processen. Gav förändringen ett väntat resultat eller nådde vi inte så långt som vi tänkt och i så fall; vad gick fel? Hur kan vi fortsätta förändra härifrån? Till sist följer accepterandestadiet, verksamheten blir en bestående verksamhetsmodell. Men genast här bygger processen vidare på nya observationer som kräver nya förändringar. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, s.115; McNiff & Whitehead 2011, s. 9). Aktionsforskning som metod är inte lämplig i sådana fall där man vill göra jämförelser, lyfta fram statistiska korrelationer eller om man vill påvisa orsaks och effektsamband (McNiff & Whitehead 2011, s. 16).

Till skillnad från traditionella forskningsmetoder, så strävar aktionsforskningen inte till att man når en avslutning, inte heller att man ska nå ett speciellt svar, det är själva processen

som är metoden och metoden är ibland slarvig, slumpmässig och experimentell. Vägen man går har inte ett klart mönster utan mönstret förändras i takt med de val som görs under vägen, man kan säga att vägen är målet (McNiff & Whitehead 2011, s. 35). Det som är av stor vikt att lyfta fram när det gäller aktionsforskning är att denna process inte kan överflyttas direkt från en undersökning till en annan, inte heller resultaten kan överföras. Varje undersökning är unik och resultatet nås enbart för just den undersökningen. Detta medför dock inte att denna forskningstyp är oviktig eftersom den kan utgöra referens till någon annan undersökning (Rönnerman 2008, s.15). Bakom en aktionsforskning finns förutom ett problem man vill lösa även ett krav om att utreda tidigare kunskaper och forskningar kring det problem man vill lösa (McNiff & Whitehead 2011, s. 115).

De metoder man som forskare använder sig av under forskningsprocessen är dagboksskrivande, observation och handledning. De olika verktygen är inte uppdelade i strikta fack, utan de blandas in och utgör en del av den dagliga verksamheten. Att göra en **aktionsforskning innebär att man går från det kända, prövar det okända och därefter kopplar den nya kunskapen till de egna erfarenheterna**. Genom dialog och diskussion, både individuellt och i team, växer ny förståelse och ny kunskap fram. Det är i uppföljningen och reflektionen som man kan ta till sig ny kunskap. (Rönnerman 2008, s.26).

4.2 Datainsamling

Inom de flesta ämnesområden har man redan tidigare gjort undersökningar och dessa undersökningar har gjorts av olika avsikter och med olika metoder. I datainsamlingen är målet att kontrollera och skapa en fördjupad kunskap från tidigare forskningar. Datainsamlingen sker genom att systematiskt samla in kunskap genom att ta del av litteratur, rapporter och utredningar (Eriksson & Wiedersheim-Paul 2011, s.35). Jag har valt att söka via databaser på internet och använda mig av sökmotorer och sökord, resultatet av sökningen ses i Bilaga 1. Genom litteratursökningen har jag främst strävat efter att finna artiklar som kan användas som stöd i utvecklandet av ett delat ledarskap i team Helmi, i arbetet med att skapa arbetsmetoder som ökar klientens delaktighet i den egna processen. Av det insamlade materialet har jag gjort en litteraturöversikt, Bilaga 2.

För att kunna göra en sökning krävdes att jag hade en bild av vad jag ville uppnå i detta utvecklingsarbete. Vilket är problemet som kräver en utredning, ett svar? Det som utgjorde

min grund var det delade ledarskapet, hur vi i team Helmi bygger upp detta och sedan klientens delaktighet, hur vi formar arbetsmetoder som ökar delaktigheten för den äldre. Detta gjorde att jag i min datainsamling behövde avgränsa mig. Avgränsningen har varit väsentlig eftersom det är en omöjlighet att täcka in allt för omfattande teman (Eriksson & Wiedersheim-Paul 2011, s. 42; Strannegård 2003, s. 46; Patel & Davidson 2007, s. 9). Jag har, för att få ett heltäckande material kring delat ledarskap och delaktighet, använt mig av sökord och kombinationer av dessa. För att finna de artiklar som känts relevanta för detta utvecklingsarbete har jag läst igenom abstrakten och vissa artiklar har jag läst upprepade gånger för att kunna ta ställning till om de ska finnas i mitt material eller inte.

De databaser som användes för artikelsökning har varit Academic Search Elite, Ebsco och Chinal, Nelliportalen samt även sökning på bibliotek. Sökord som använts har varit, *jaettu johtajuus*, *shared leadership*, *case management*, *palveluohjaus*, *elderly services* och *RAI* samt detta kopplat till *care management*, *service coordination*, *elderly* och *living at home* samt *ikääntville*. Under arbetets gång har jag för att klargöra mera tydligt kring delaktighet och självbestämmande använt mig av *self-determination* och *participation*. Här ville jag dock utöka min sökning och tillade *shared decision making* och *interprofessional shared decision making*. För att också få förebyggande aspekten gjordes en sökning på *preventive health service and elderly*. Sökningen har begränsats till artiklar, resultat i full text och med publicerings datum 2004 – 2014. Artiklar har sökts på engelska och finska. Ur resultatet av sökningen har exkluderats resultat som kopplats till missbruk, specifika sjukdomar och tillstånd, barn, ungdomar, handikappade, närståendevård, samt alla resultat som kan kopplas till ”boende” på vårdenheter. Tidsbegränsningen är helt kopplad till att följa ramen om 10 års referens. Jag har valt att endast beakta artiklar som kan relateras till öppenvård, rehabiliterande aspekter och delaktighet.

Orsaken till det ökande antalet sökord och kombinationer av sökord, kan härledas till det som kallas återkoppling för teoretisk sampling. Detta innebär att under begreppsutvecklingen har behövts mera empiri, mera data för utvecklingsarbetet, för att komma vidare. (Tjora 2012, s.139). Jag har i mitt sökande önskat finna sådan litteratur som belyser och stöder det arbete som servicehandledningsteamet Helmi gör, där målet ska vara att stöda den äldre till delaktighet och till ökad möjlighet av självständighet hos den äldre. Men litteraturen ska också belysa det delade ledarskapet som utgör grunden i teamets ledning. Varför jag valt just de artiklar som finns kopplade till utvecklingsarbetet, har sin

grund i min strävan att hitta litteratur som kan utgöra en grund för det arbete som vi skapar i Team Helmi. Min strävan har varit att ta del av den kunskap som redan finns och föra över och anpassa den till vår verksamhet i Team Helmi. Därför har jag medvetet sökt litteratur som kan överföras och som känns relevant för processerna i Team Helmi.

Jag har för att underlätta analysen av artiklarna gjort upp en tabell (Bilaga 2) över de sökningar jag gjort i koppling till sökord och träffar. Valet av de artiklar jag gjort är helt styrt av temat och målsättningen med detta utvecklingsarbete. Jag har sökt sådana källor som stöder processen inom Team Helmi. Tyngdpunktsområden har varit artiklar som kunnat lyfta fram nyttan i ett tidigt ingripande, där man kunnat påvisa att de rätta åtgärderna, om de erbjuds den äldre, ger en ökad livskvalitet och meningsfullhet samt också stärker den äldres förmåga till ett fortsatt självständigt boende. Jag har också gjort en litteraturoversikt. Här har jag i korthet beskrivit artikelns huvudsakliga innehåll, vilket urval, vilket instrument och resultatet i korthet. Jag har också valt att kategorisera artiklarna i relevansordning 1-3, här har jag då betygsatt artikeln i förhållande till nyttan för detta utvecklingsarbete. Artiklar värderade till ettor har enligt mig den största relevansen och har gett mig värdefull information kring servicehandledning, tidigt ingripande och enhetliga arbetsmetoder som stärker den äldres vardag. Medan artiklar värderade till treor har haft relevans men inte gett den tyngd jag eftersträvat. Dessa artiklar har gjort en bas men inte uppfyllt det som är grunden i detta utvecklingsarbete. Allt som allt har 41 artiklar genomlästs men i utvecklingsarbetet har 31 artiklar använts. De artiklar jag tagit del av visar att vi genom klara och enhetliga arbetsrutiner ökar trovärdigheten för den service som erbjuds och på detta sätt också ökar tryggheten hos den äldre. Tyngdpunkten har också i artiklarna legat på den äldres aktiva deltagande i den egna processen, här visar de artiklar jag valt att ju mera engagerad de äldre är i sin egen process desto bättre resultat nås, den äldres förmåga och tilltro till sitt eget kunnande ökar och förmågan till fortsatt boende hemma stärks. Det jag strävar efter är att se hur vi kan överföra och hur vi kan förändra våra arbetssätt i kontakten med den äldre så att delaktigheten ökar och hur vi bättre kan stöda den äldre till självständighet.

Artiklarna (n = 31) som berör servicehandledning, boende hemma, koordinering av service, delaktighet och förebyggande åtgärder ger alla resultatet att tidigt ingripande, rätt service till rätt klienten och i rätt tid ger en stor vinst inte bara för den äldre utan även rent ekonomiskt för samhället. Genom att göra upp konkreta vårdplaner tillsammans med den äldre tryggas ett friskare och självständigare åldrande. Det som poängteras i artiklarna är att stor vikt bör läggas vid att skapa tydliga strukturer, lätta kontaktvägar och transparens i

processer när det gäller hur servicehandledning byggs upp. Dilemman som också lyfts fram i någon av artiklarna, är bl.a. hur vi ska nå ut till den äldre i rätt tid? Är riktade hälsogranskningar, och förebyggande hembesök metoder som behöver utvecklas eller på vilket sätt når vi den äldre?

Artiklarna (n = 31) som behandlar delaktighet, delat ledarskap och delat beslutande lyfter fram vikten av transparens och delaktighet i strukturer och processer. Att förmedla den kunskap och den erfarenhet som finns bland arbetstagarna i ett team, att öppet processera arbetsrutiner och få vara delaktig i de beslut som görs är förutsättningar som krävs för att kunna bygga upp ett delat ledarskap. Att ur klientens synvinkel få information kring allt det som berör en själv, att få göra besluten själv baserat på den kunskap och information man fått och att besluten respekteras. Både i arbetet i team och i klientkontakten stärks delaktigheten då samarbetet bygger på förtroende och respekt. Målet är att skapa ett partnerskap i teamet men också att till klienten bygga ett delat deltagande och beslutande. Delaktighet stärks då man erbjuds möjligheten att aktivt ta del av den process som berör en själv, oberoende om processen berör arbetaren i teamet eller den äldre i sitt hem. För att bli verkligt delaktig krävs att man får kunskap och information som gör att man har beredskap att göra beslut och ta del av processer. Detta kan också på ett sätt sammanfattas i begreppet interaktiv komplementaritet, ett positivt och fruktsamt samspel som uppstår när aktörerna utvecklar sina synpunkter genom att ta del av varandras insikter och kunskaper.

4.3 Etiska överväganden

I min egen undersökning har jag strävat efter att göra ett forskningsetiskt försvarbart arbete. Jag har gjort en noggrann dokumentering, noggrann efterforskning, använt källor som hittats via sökmotorer som är kopplade till en hög tillförlitlighet samt korrekta källhänvisningar som gör att man kan återhitta källan och fördjupa sig i den. Jag har varit medveten om de krav som finns angående etiska principer för forskning och utvecklingsarbeten och sparar det material jag använt på ett sådant sätt att det finns tillgängligt om så krävs för granskning. Då man söker material via olika sökmotorer, väljer jag som forskare vilka källor jag tänker fördjupa mig i. Jag valde också bort sådana källor som ev. kunnat ge en annan vinkling på mitt problemområde. Problemet som här kan uppstå är ju reliabilitetsfaktorn, att jag valt de mest lämpliga källorna eller lämnat bort viktiga källor. Blir min undersökning för styrd genom de val som jag gjort, genom min

förkunskap kring ämnet valde jag medvetet att söka en viss typ av forskningsresultat och artiklar som stödde min åsikt, styrningen är alltså helt medvetet gjord.

Detta kan ses som en negativ faktor, men det handlar om ett medvetet val där jag valde att basera mig på forskningar och artiklar som stärker de resultat jag själv känner att är relevanta inför det arbete som vi i teamet gör och som teamet under gemensamma möten lyft upp som relevanta faktorer för utvecklandet av vår verksamhet och värdegrund. (Tjora 2012, s. 162). Under gemensamma Helmi möten har kartläggningen varit ett stort område; När gör vi kartläggningen? Hur? Var görs den? Och vilket är det mest lämpliga instrumentet? Både då det gäller att erhålla resultat som visar på resurser och behov men som också stärker den äldres delaktighet. Kartläggning på sjukhus är ett stort problem, den äldre finns inte då i sin normala omgivning och har inte sin normala roll utan har gått in i patientrollen. Möjligheten till integritet är begränsad på sjukhus då vi ännu har patientrum där det kan finnas upp till tre patienter. Vi har här försökt hitta lösningar som ska fungera så optimalt som miljön bjuder. Det är inte bara miljön som ger dilemman, här kommer också in faktorer som kraftig nedsatt hörsel, en bristande kognition och en total ovilja till samarbete och många andra faktorer som försvårar möjligheterna till en god kartläggning.

Jag har diskuterat med min arbetsgivare för att klargöra att inga kränkningar sker gentemot arbetsgivaren eller medarbetarna. Tillstånd för utvecklingsarbetet har erhållits (Bilaga 3). Min arbetsgivare är aktivt med i hela processen eftersom jag håller regelbundna möten med min närmaste förman och chefen för äldreomsorgen där vi tillsammans diskuterar kring hur Team Helmi och servicehandledningen ska utvecklas. Min undersökning har inte gjorts för att skada, smutskasta eller förstöra för någon eller några. Min undersökning ska stöda en process, en utveckling framåt, där målet är en smidig serviceprocess, som stöds och leds av ett team med specialkunskaper för detta. Jag har strävat efter att kunna och känna till den egna processen i arbetet så att jag kunnat beskriva de olika stegen och även resultatet av processen. Det jag dock också insett är att den undersökning som jag gjort, inte på något vis är heltäckande utan endast kan ses som ett skrap på ytan. Denna modell jag tillsammans med mina medarbetare skapat, är en modell som passar för vår organisation och våra förhållanden. Denna modell kring teamarbetet med delat ledarskap kan fungera som modell för andra organisationer och som inspiration till nytänkande när inga tilläggsresurser finns.

Jag har inte i detta utvecklingsarbete samlat in material rörande patienter, kunder eller individer utan jag har studerat och fokuserat, på processen kring skapandet av ett nytt

team, Team Helmi och arbetsmetoderna som stärker delaktigheten. De som deltar i teamet är alla informerade om mitt slutarbete och stöder utvecklandet av ett team med delat ledarskap. Genom att använda omfattande evidens från tidigare gjorda undersökningar och forskning har jag velat skapa en trovärdighet för det utvecklingsarbete som jag gjort. Det material som jag baserat mig på och fört vidare till Team Helmi har sin grund i evidens som kunnat belysas i flertalet källor och som också kan ses som vedertagna resultat. Som ett led i denna process med delat ledarskap för också de övriga medlemmarna i teamet fram sina kunskaper och erfarenheter, kunskapen har formats utifrån ett mångprofessionellt perspektiv. För en ökad trovärdighet i processen finns också de protokoll som skrivits på Helmi möten, de utgör en bas för hur processen framskrider i teamet. Trovärdigheten stärks i den dialog som Team Helmi för internt men också externt, i samklang med övriga aktörer inom social- och hälsovårdsverket. Vi utgör inte en enskild verksamhet utan vi är en del av en större helhet och vår del måste fungera i samklang med övriga organisationen, de ramar som uppgörs av våra ägarkommuner och lagstiftningen.

5 Byggstenar som leder mot målet

I processen kring hur vi som team bygger upp vårt arbete och vårt samarbete, har vi stor nytta av den teoretiska bakgrund som jag tagit del av under denna utvecklingsprocess. Den teoretiska bakgrunden byggs upp av delaktighet för klienten, delaktigheten i teamet och möjligheterna att påverka det egna arbetet och hur vi i vårt sätt att arbeta aktivt bjuder in den äldre att ta beslut och vara en aktiv aktör i den egna processen. Jag kommer i detta kapitel att presentera hur vi i processen förändrat vårt sätt att arbeta och också hur vi aktivt förändrat vårt sätt att tänka och agera i olika situationer. Jag kommer inte att presentera stegen i kronologisk ordning utan i form av helheter kopplade till delat ledarskap, delaktighet, och medledarskap.

Enligt äldrelagen (28.12.2012/980 15§; STM, Promemorian 28.6.2013) är kommunen skyldig att inom det snaraste inleda en utredning för bedömning av servicebehov samt göra upp en plan över hur man kan svara mot det konstaterade behovet. Inledande av åtgärder för att förverkliga den uppgjorda planen skall påbörjas utan dröjsmål. Utgående från den kartläggning som gjorts skall det sedan i serviceplanen framgå hurudan helhet av social- och hälsovårdstjänster den äldre behöver. Den äldres åsikter om planen är av högsta betydelse. Självbestämmande aspekten lyfts mycket tydligt fram som en av ledstjärnorna i

äldreomsorgslagen. När en bedömning av funktionsförmågan görs skall man fästa vikt vid vilka resurser den äldre personen har och vilka dagliga funktioner i livet som hen klarar själv samt med vilka funktioner det behövs utomstående hjälp. En mångsidig bedömning innebär att man inte enbart ser till den äldre personens fysiska funktionsförmåga. Lika viktigt är att uppmärksamma den äldres kognitiva, psykiska och sociala funktionsförmågor. Allt detta bör bedömas i förhållande till tillgängligheten i livsmiljön, tryggheten i boendet och tillgången på närservice (STM, Promemoria 28.6.2013, s.20; Onder m.fl. 2007, s. 439-444; STM, Kvalitetsrekommendation 2013:15). De äldre och delaktighet är inte bara något man funderar över och strävar efter att stärka i Finland, utan detta engagerar världen över.

Social- och hälsovården i de industriella länderna världen runt har enorma utmaningar i hur man ska kunna hantera det växande antalet åldrande personer. För att möta de behov som växer fram krävs omfattande strukturella förändringar som påverkar servicen inom hälso- och sjukvården. En viktig förändring som får en allt större tyngdpunkt är klientens deltagande, en nyckelfaktor som även lyfts upp av Världshälsoorganisationen WHO. Även när det gäller ICF-klassificeringar framförs deltagandet som en tyngdpunktsfaktor (Witsø m.fl. 2011, s. 557). Det övergripande målet för WHO:s klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) är att på en vetenskaplig grund skapa ett gemensamt språk, som möjliggör jämförelser mellan t.ex. olika länder. Klassifikationerna kan t.ex. beröra den äldres funktionstillstånd, bedömt behov och uppföljning, plan och utvärdering. Görs detta enligt gemensamma kriterier kan jämförelser göras med andra länder och genom detta kan man få en uppfattning om hur bra vi kan svara mot behoven och hur väl vi kan rikta åtgärderna i jämförelse med andra länder (Gustavsson 2007, s.12).

Då servicehandledningen lyfts fram och blir en egen enhet är det viktigt att beskriva vad som är servicehandledningens arbetsfält. Var i servicekedjan vi hittar servicehandledningen? Detta i förhållande till hemvårdsledarnas, hemvårdens och hemsjukvårdens roll men också i förhållande till boenden, sjukhus och geriatriska avdelningar samt till privata aktörer och tredje sektorn. Uppgörandet av en servicekedja för servicehandledning ger en klarare rollfördelning, vem som gör vad och i vilket skede. Centret för klientstyrning utgör ett helt nytt team, varför rollfördelningen och uppgifterna för teamets olika medlemmar också bör beskrivas och var och en av teamets medlemmar bör hitta sin plats i pusslet. Strävan är en resultatinkriktad samverkan med målet den äldres välbefinnande. Då Team Helmi startats görs också en omorganisering av verksamheten när det gäller öppna vården för den äldre. Det är inte bara i Team Helmi som nya

arbetsmetoder skapas, genom detta skapas också nya arbetssätt för övriga aktörer inom öppna vården för den äldre, metoder som stärker den äldres delaktighet och medverkan i den egna processen.

I Team Helmi finns en stor kunskap och kompetens kring den äldre. Team Helmi skall genom den samlade kunskapen bestående av faktakunskap, förståelse, färdighet och förtrogenhet bättre kunna möta de behov och de önskemål som de äldre har. Denna kunskap kompletteras sedan med kunskap från mångprofessionella kollegor som finns inom organisationen samt det kunnande som den äldre själv har. När ett omfattande kunnande sätts i produktion når man resultat. Detta ger en ökad kompetens till teamet, en kvalitativt bättre service till de äldre och kostnadseffektivare arbetssätt (Granberg 2003, s. 406-407). Ett lyckat, aktivt deltagande, en god kommunikation och koordinering i teamet kan förhindra onödiga processer för den äldre, vilket också möjliggör ett aktivare deltagande för den äldre själv (Körner m.fl. 2011, s.146-154).

5.1 Planering och förverkligande av klientstyrning inom äldreomsorgen

I december 2013 fastslog nämnden för Social- och hälsovårdsverket i Jakobstad att ett team för klientstyrning skall starta. Team Helmi startades för att svara mot de krav som finns i äldrelagen där betoningen ligger starkt på individens eget aktiva deltagande, en god kartläggning och ett tidigt agerande där målsättning är att stöda den äldre i ett fortsatt boende hemma. Men också som ett led i att kunna hantera de ökande kostnaderna inom äldreomsorgen.

Ledningen för social- och hälsovården har lyft fram vikten av att få en fungerande servicehandledning så snabbt som möjligt. Detta inte bara för att äldrelagen så förutsätter, eller att detta ger en klientvänligare organisation utan även för att vi inför de kommande förändringar som följer i Sote-reformens fotspår, ska kunna visa upp en välfungerande verksamhet för servicehandledningen som kan fungera som modell för övriga aktörer inom vårt framtida sote-område.

Team Helmi har sammankommit med 2 – 3 veckors intervall sedan senhösten 2014 s.k. Helmi möten, under dessa möten har lyfts fram olika problem och frågor som varit aktuella. Helmi mötenas längd har varit ca. två timmar, för varje möte har skrivits ett kort protokoll där de viktigaste diskussionsämnena har lyfts fram. Protokollen används för att vi

ska ha en grund att bygga vidare från. I protokollen framgår de beslut vi gör kring olika steg i processen. Protokollen har satts i organisationens server i en gemensam mapp dit teamets medlemmar har tillträde. Teamet har också haft gemensamma möten med hemvårdsledarna för att diskutera kring de processer som är gemensamma och hur dessa skall byggas upp för att inga onödiga överlappningar eller luckor ska uppstå.

Vi har inom centret för klientstyrning, under hösten 2014 och vintern 2015 ritat upp de processer som beskriver de olika arbetsmomenten när det gäller hur en äldre person kommer i kontakt med servicehandledningen och hemvården. Vi har gjort processbeskrivningar för den äldre som finns på sjukhus, den äldre i sitt hem och den äldre som redan har någon form av stöd i sin vardag och servicehandledningens roll i relation till dessa. Processerna är olika och det medför att arbetsfördelningen blir lite olika. För att inte göra dubbelarbete försöker vi klargöra processerna och klargöra uppgiftsfördelningen. Ur diskussioner och planering har processer skapats och nu strävar vi efter att försöka jobba enligt de processerna. Det som krävs är en ständig dialog.

5.2 Individens egna resurser och delat ledarskap i Team Helmi

Min tanke i detta utvecklingsarbete är att lyfta fram delaktigheten i ett delat ledarskap för Team Helmi. Som teori kopplar jag tankar kring Human Relations-perspektivet, den inre resurs, behov som varje individ har med Juutis (2013) teori om delat ledarskap i organisationer. Juuti lyfter fram möjligheterna till delat ledarskap i olika former av organisationer, han vill inte begränsa sig till vård och omsorg utan ser det delade ledarskapet som en möjlighet för de flesta organisationer. Han vill belysa möjligheterna eftersom det i utveckling av en ny verksamhetsform krävs att ledaren kan ta tillvara de kunskaper och färdigheter som medarbetarna har. Att kunna leda och styra den förändringsprocess som utförs inom team Helmi och koppla klientens självbestämmanderätt, delaktighet och etiska frågeställningar till detta, utgör stora utmaningar. Juuti lyfter fram i sin modell kring delat ledarskap många olika aspekter som påverkar ledarskapet. Det som dock utgör kärnan i hans modell är att medlemmarna i teamet förbinder sig till en strävan efter gemensamma målsättningar och att teamarbetet bygger på en iver att göra det bästa som kan göras i ett team. Målsättningen med att skapa team är att den gemensamma delade kunskapen blir större än den enskilda medlemmens kunskap. När man utvecklar tanken vidare gällande teamet och här lyfter in den äldre som

team medlem får man ännu en större dimension av delat ledarskap. Det som ytterligare stärker och ger mångfald i kunskapen är den kunskap som den äldre bidrar med i mötet.

Team Helmi är ett mångprofessionellt team som består av representanter både från hälso- och sjukvården samt socialomsorgen. Alla medlemmar i Team Helmi har sedan tidigare arbetat inom organisationen men kanske haft lite andra uppgifter eller helt andra uppgifter. Teamets medlemmar startar en verksamhet som i sig är helt ny i denna form men som tidigare ingått delvis i de uppgifter som medlemmarna haft i sina tidigare positioner. Förändringen sker inom teamet men också utanför teamet eftersom här bildas ett nytt team som på ett eller annat sätt ska finna sin plats i den befintliga strukturen men också skapa en ny verksamhetsmodell som avspeglar sig på hela verksamheten. Detta förändringsarbete som denna process innebär bygger på att det finns kunskap och förståelse för det förändringsarbete som utförs och att medlemmarna i Team Helmi kan se en vinst i denna nya modell. Team Helmi blir en ”miniorganisation” som består av medlemmar med särpräglad kompetens. När teamets medlemmar arbetar tillsammans skapas synergieffekter och teamets kompetens överstiger summan av team medlemmarnas individuella kompetens (Granberg 2003, s. 578). Vi skapar dessa synergieffekter då vi tillsammans diskuterar kring t.ex. klientfall, här belyser vi fallet från olika synvinklar som vi har i våra olika kompetenser detta ger ibland helt nya lösningar för klienten, lösningar som den enskilda team medlemmen inte kanske skulle ha tänkt på.

Enligt Bolman och Deal (2005, s. 149-152) och Angelöw (1991, s.11) betonas Human Resources-perspektivet och lyfts fram när organisationen kan mobilisera energi, skapa produktivitet och fungera på ett sätt som tjänar både organisationen och arbetstagare. HR-perspektivet bygger på grundläggande förutsättningar som sätter förhållandet mellan individ och organisation i fokus. Dessa förhållanden utgörs av att organisationen finns till för att uppfylla människors behov, inte tvärtom. Människor och organisationer behöver varandra. Organisationen behöver nya idéer, energi, kunskap och färdigheter, människor behöver lön och möjlighet att utvecklas och göra karriär. En viktig del i beaktandet av HR-perspektivet är att organisationerna, företagen genom identifiering av behoven inom organisationen och genom långsiktig planering kan sträva efter att finna de personer som svarar mot behoven. Det handlar om att långsiktigt kunna matcha resurserna med verksamheten (Granberg 2003, s. 281). Detta gynnar inte enbart organisationen utan här kan ses en nytta för båda parter. Organisationen får en engagerad och tjänande arbetstagare, som i sin tur får utnyttja sitt kunnande och växa som människa. Här kan de processer som vi tillsammans beskrivit visa hur vi i gemensamma diskussioner ritat upp

och gjort processer som förklarar hur de olika stegen formas i processen och vem som har ansvar för vilket steg. Vi har gjort en tydligare arbetsfördelning som bygger på våra egna erfarenheter och kunskaper kopplat till de ramar som finns i vår organisation.

Inom HR-perspektivet lyfts behov fram som en mycket stark komponent när det gäller att belysa vad som driver individen framåt. När det gäller behov utgår man ofta ifrån Maslows behovspyramid, där de grundläggande fysiologiska behoven utgör grunden, följda av trygghetsbehoven, sociala behoven, behov av erkännande och uppskattning samt högst uppe i toppen behovet av självförverkligande. Här blir det mest väsentliga hur och i vilken mån individen kan utnyttja de egna förmågorna och förverkliga sin potential. Det som utgör poängen i Maslows behovspyramid är behoven på högre nivåerna inte kan nås innan behoven på lägre nivåerna är tillfredsställda. Bolman och Deal (2005, s.153-154) refererar David McClelland och hur han byggt på Maslows teori genom att ordna behoven längs ett kontinuum i vilket det är möjligt att röra sig i båda riktningarna under olika livsperioder. David McClelland menar att individen agerar utifrån tre grundläggande behov. Dessa behov är behovet av makt, behovet av samhörighet och behovet av prestation. Dessa faktorer har betydelse även för Team Helmi, samhörigheten stärks när vi håller våra gemensamma möten, vi har även varit tillsammans på TYHY dag. Prestationerna lyfts fram också när det gäller kvalitetsindikatorer som uppföljs, nyckeltal som har påvisbar effekt och statistik som görs. Här får vi vara delaktiga då vi själva lyfter fram de nyckeltal som vi anser vara viktiga men som också belyser våra prestationer på ett rättvist sätt. Detta synliggör vårt arbete inte bara för oss själva utan också för beslutsfattarna och politikerna som i sin roll har en väldigt viktig del när det gäller budget och resurser.

Behovsteorierna förutsätter att individen är motiverad för att uppnå den högsta nivån (Jacobsen & Thorsvik 2010, s.64-68; Önnevik 2010, s. 59-61). Om man kopplar detta till Team Helmi kan paralleller dras till önskan om att göra en utveckling och en vilja att hitta nya lösningar. Att arbeta i team ger den makten som teamets tyngd utgör med sin samlade kompetens, samhörigheten stärks då man som enskild arbetstagare kan hitta sin referensgrupp och sitt stöd i det egna teamet. I teamet väcks också styrkan i att tillsammans nå förändringar som inte skulle vara möjliga som enskilda individer. Att kunna ha teamet som ett bollplank mot vilket man kan kasta sina tankar och idéer ger en större möjlighet till mångsidig utveckling och tillväxt i teamet, liksom också individuellt. Vi coachar och handleder varandra i processerna framåt både när det gäller vår individuella tillväxt, teamets utveckling och i enskilda klientärenden.

Juuti (2013, s. 145) lyfter fram att ett delat ledarskap är en följd av en process där hela arbetsgemenskapen börjar sträva mot samma mål genom att använda och tillgodogöra sig allas kunskande och färdigheter. I en dylik process blir den enskilda individen ett med teamet. När målgemenskap, symbolik och dialog får fungera i ett samspel ökar sannolikheten för att ett delat ledarskap föds (Döös m.fl. 2010, s.25-30). Hjalmarsson (2003, s.44-47) lyfter fram den enskilda team medlemmens vilja och förmåga att leda sig själv, det inre ledarskapet. Ju bättre det inre ledarskapet fungerar desto större möjligheter har personen att kunna hantera kravet på att kunna göra egna val, ta ansvar för de egna uppgifterna och även förmågan att kunna jobba målinriktat. Det inre ledarskapet växer i en miljö, som kännetecknas av öppenhet, förtroende och solidaritet. Ett delat ledarskap blir alltså en process som kräver en inre egen vilja att utvecklas men också ett yttre utrymme där möjligheten till utveckling finns. Vi har under processen att bli team Helmi stärkt team andan genom sträva efter en öppen dialog där alla kan framföra sina åsikter och att vi behandlar varandra och varandras åsikter med stor respekt. Vi delar den mångfald av kunskap vi har i teamet i vår dialog genom att vi belyser problemen från olika synvinklar och genom detta får vi en mycket mera omfattande bild av problemet. På basen av den kunskap som vi fört fram och som vi tagit ställning till, gör vi sedan beslut som vi alla kan omfatta och acceptera.

Juuti (2013, s.148-153) beskriver det delade ledarskapet som en process. Ett delat ledarskap uppstår lättare då arbetsgemenskapens medlemmar håller en öppen dialog, värnar om goda kontakter till varandra och strävar till att bli ett team. Detta i kombination med en målmedveten riktning, en klarhet i symboliken, dvs. vi pratar samma språk vad gäller termer och uttryck, sedan det allra viktigaste ett stöd i ledningen. Enhetlighet i våra rutiner har vi inom Team Helmi utvecklat genom att vi regelbundet var 2-3 vecka träffas ca två timmar för att diskutera kring aktuella frågor. Diskussioner har berört bl.a. hur vi ska få en förnuftig uppföljning av vård- och serviceplanernas kvalitet, vilka rutiner vi följer när vi ska göra upp vård- och serviceplaner, var vi dokumenterar och hur vi dokumenterar. Annat vi funderat kring har varit ansökningsblanketter för trygghetstelefon, rutiner för hur stödtjänster beviljas, hur statistikföringen bäst görs och ansökningsblankett för boende och intervallvård.

Att skriva dessa vårdplaner är en utmaning som vi kommer att fortsätta öva eftersom vi här behöver skapa vettiga ramar och stödord som hjälper oss att komma ihåg hur vi ska beskriva vårdprocessen. Det som gör att detta känns svårt är att det till vårdprocessen ska kopplas resultatet från RAI-kartläggningen. Här kan vi se att konsten att beskriva

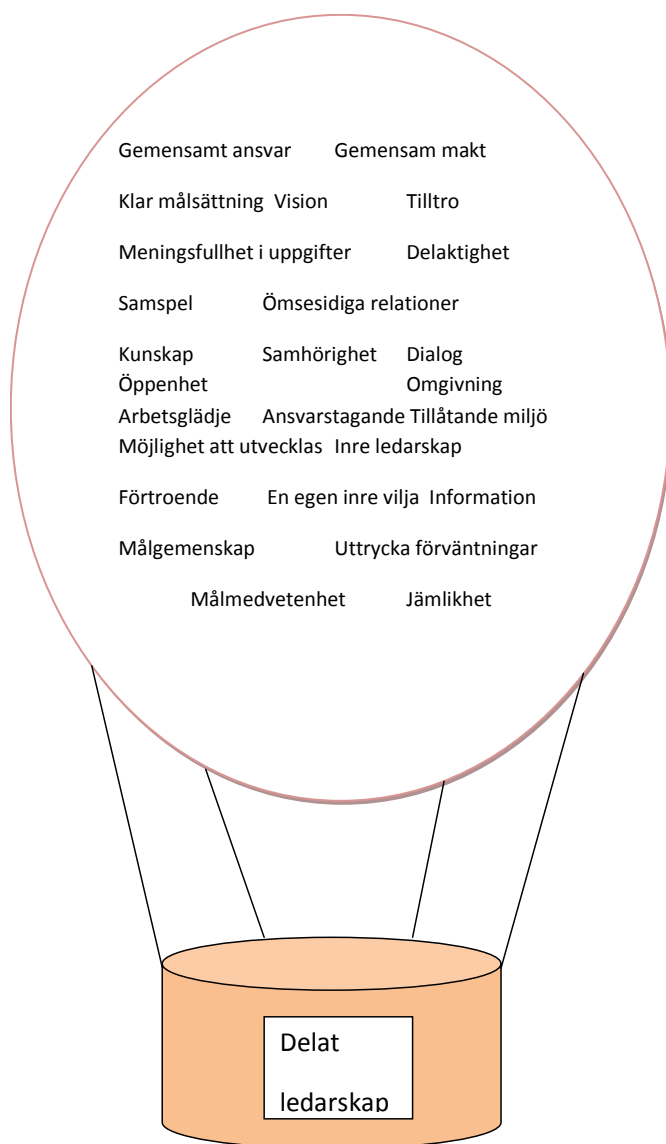
vårdprocesser och göra upp vårdplaner är något som kräver träning och uppföljning. Vi har gjort stödord och fraser som underlättar för hela teamet, en lathund. Det väsentliga i processen kring kartläggning och uppgörande av vårdplan är att teamet har varit delaktigt i processen kring vilket instrument vi använder för kartläggning, är det *Första kontakten* eller *Oulu screener*? Vilket instrument passar under vilka förhållanden har vi också diskuterat. Kartläggning i sjukhusmiljö är mycket svårt då rummen är flerpationsrum, vilket gör att klientens integritet riskerar att kränkas. Utskrivningssköterna testar vilket instrument som de tycker är lämpligast, vi för en dialog i teamet och beslutar sedan vilken mätare vi använder. Vård- och serviceplanen ska fungera som ett arbetsredskap för vårdpersonalen, men också som ett stöd för den äldre eftersom planen utformas tillsammans med den äldre och hen ger sitt samtycke till den vård som planeras.

Planen är mångdimensionell, den innefattar inte enbart hälso- och sjukvård utan social omsorg utgör också en mycket stor del av processen men det viktigaste är den äldres egen verksamhet för det egna måendet. Vård- och serviceplanen uppdateras regelbundet och alltid om det sker en väsentlig förändring i hälsotillståndet eller miljön som påverkar den äldre (STM, Kvalitetsrekommendation 2013:15). I Team Helmi har vi gjort arbetsrutiner som lyfter den äldres aktiva deltagande i den egna processen, vi har som målsättning att den äldre deltar i alla diskussioner som berör hen, vi gör upp vård- och serviceplanen i effica-patientjournalen, en kopia ges till den äldre i samband med delgivningen av beslutet. Vi för en aktiv dialog med den äldre och hens anhöriga och en av de viktigare målsättningarna är att den person som inlett kontakten till den äldre och hens anhöriga också i fortsättningen håller i trådarna och finns tillgänglig. Genom detta försöker vi minimera kontaktytorna, detta för att öka tryggheten och möjligheten att påverka och vara delaktig för den äldre.

Döös m.fl. (2010, s. 56) menar att delat ledarskap är en ständigt föränderlig process i en ständigt föränderlig miljö. Det som krävs för att få ett team att fungera i ett samverkande delat ledarskap är att deltagarna har ett inre ledarskap och är ansvarstagande. Teamet bör också uppleva meningsfullhet i uppgifterna och i arbetet i teamet. Det finns en delad arbetsglädje som bygger på ömsesidiga relationer och en öppen dialog mellan teamets medlemmar men också till övriga samarbetspartners. Vi har som ett led i vår verksamhet tagit del av skolning kring hur man bygger en värdegrund och vad värdegrunden har för betydelse för verksamhetsvardagen men också skolning kring temat anhörigkompetent organisation. Vårt sätt att arbeta tillsammans i Team Helmi och tillsammans med den äldre och dennes anhöriga avspeglar sig i vår värdegrund. Delaktighet baserar sig på en

tillåtande värdegrund där dialogen är det viktigaste redskapet. Vi har genom dialog ökat vår beredskap och kunskap i hur vi på olika sätt kan stärka den äldres möjlighet att påverka och hantera sin egen process. Vårt arbete kräver stor flexibilitet då vi jobbar med den äldre i dennes hem. Att ödmjukt ta del av den äldres åsikter och kunskaper ger oss viktig data som krävs för att vi ska kunna göra en så trovärdig kartläggning som möjligt och på så vis också kunna erbjuda den äldre rätt service och stöd.

Thylefors (2007, s.126-128) vill också lyfta fram ledarens centrala roll i en grupp som delar ledarskapet i gruppen, ju aktivare ledare desto bättre förutsättningar finns för att gruppen ska kunna fungera i ett delat ledarskap. Hon lyfter fram att det kan ses som en paradox att det krävs mera tid att leda en självständig medarbetare än att styra osjälvständiga. I en grupp där ledarskapet är delat, krävs att ledaren är aktiv och värnar om målfokuseringen, uppmuntrar, fördelar aktiviteter, medlar och bidrar med fakta. En god kommunikation och dialog utgör grunden för det samarbete och förtroende som skapas inom teamet. Men ur ett ledarperspektiv krävs det också att det finns tydliga mål och strategier för verksamheten. Utan dessa når vi inte fram till den effektivitet som är vår strävan. Det behövs väl genomarbetade verksamhetsplaner och målsättningar för att få effektiva medarbetare och arbetsgrupper som fungerar bra tillsammans. Det är också viktigt att ledningen har ett engagemang och en tro på verksamheten. För att nå fram till uppgörandet av levande verksamhetsplaner och mål är det mycket väsentligt att hela teamet engagerar sig i skapandet av målen och känner en delaktighet och en vilja att sträva mot ett uppnående av målen (Önnevik, 2010, s. 218 - 220). Kring verksamhetsplaner och mål för vår verksamhet har vi fört en dialog och gjort upp riktningen för vår verksamhet. Här har jag som teamledare inledningsvis tagit en större roll, då jag producerat en modell för vår verksamhetsplan som vi sedan gemensamt diskuterat kring. Ur dialogen i teamet har skapats en verksamhetsplan för 2015, där vi lyft fram tyngdpunktsområden som vi kommer att fokusera på under detta år.



Figur 1: Faktorer för delat ledarskap ur vårdpersonalens perspektiv

Delat ledarskap förutsätter en mängd olika faktorer för att det ska bli en levande process. I figuren lyfter jag de faktorer som litteraturen behandlar om delat ledarskap, säkert finns det ännu många andra orsaker som också påverkar processen. Ju mindre tyngd och kraft det finns i faktorerna desto sämre flyger ballongen. Finns det överhuvudtaget ingen vilja så lyfter inte ballongen. Delat ledarskap beskrivs som en dynamisk, interaktivt influerad, process bland personer i en grupp som har som mål att leda varandra för att uppnå de mål som gruppen och/eller organisationen satt upp (Lindsay m.fl. 2011, s. 528 - 549).

Vi har inom Team Helmi en kontinuerlig utvärdering av vårt sätt att fungera, vi för en dialog om det egna teamets arbete och utveckling. Detta är en ständigt pågående process där vi tillsammans försöker hitta arbetsmetoder och sätt som känns hanterbara och som ger god utdelning. Vi har delat upp arbetet så att vi fått en klar struktur, en av utskrivningsteamet har större ansvar för klienterna som hör till Jakobstad, en har

Pedersöre, Larsmo och Nykarleby och vår finskspråkiga medarbetare tar hand om klienterna som har finska som modersmål. Likaså har vi försökt dela upp servicehandledarnas arbetsfält, en sköter Nykarleby, hon är även stationerad där, en sköter Jakobstad och den tredje tar hand om Larsmo och Pedersöre. Denna indelning är inte helt strikt men i huvudsak försöker vi göra den enligt denna modell för att undvika dubbelarbete. Genom denna uppdelning har vi fått en tydligare struktur i vårt team och ger även en tydligare bild av vår verksamhet till våra samarbetspartners. Genom ett bättre samarbete och regelbundna gemensamma uppföljningar kan man undvika dubbelarbete och frustrationer. (Hjalmarsson 2003, s. 128-129).

Ledningens stöd och engagemang kan vi konkret uppleva genom det stöd som ges från vår högsta ledning. För att få en tillräcklig kunskap i RAI hanteringen har vi hållit gemensamma sitsar med P. Vähäkangas. Hon leder oss i RAI hanteringen och hur vi kan göra kartläggningarna på rätt sätt. Genom detta stärks tillförlitligheten i de Oulu screener undersökningar som görs. Vi har tillsammans funderat mera ingående kring nyckeltal och prioritering av mätare vid kartläggning. Detta gör att de uppföljningar som görs inom vår organisation och även nationellt har hög trovärdighet. RAI uppföljningar görs på nationell nivå två gånger per år, vårt resultat i förhållande till andra organisationer ger en hänvisning till kvaliteten på vårt arbete, vårt klientunderlag och ekonomin. Detta innebär att vi inom Team Helmi även har organisationens stöd i vårt arbete och detta gör att modet att våga utvecklas som team stärks.

I vårt arbete med P. Vähäkangas har vi påbörjat processen att beskriva vad en ansvarig arbetstagare är. Detta är något som också skall finnas enligt äldrelagen (980/2012 17§) men inga tydliga strukturer ges ännu för detta. Ansvarig arbetstagare innebär att det utses en vårdare som under en längre tid, 1-3 månader, följer och stöder klienten mera konkret. Är det så att klienten behöver ha stöd i sociala frågor så är socialarbetaren den mest lämpliga personen, men handlar det om vårdfrågor så kan utskrivningsskötarens vara den mest lämpliga. Ansvariga arbetstagaren utses inte åt alla klienter utan här har man i projektet *Välfärd och kvalitet*, lyft fram de klientgrupper som under perioder kan behöva ett mera intensifierat stöd. Klientgrupper som hör hit kan vara missbrukare, psykiatriska klienter, multisjuka klienter eller också sådana klienter som av olika orsaker har mycket omfattande och ibland onödiga vårdkontakter.

Målet med mitt utvecklingsarbete har varit att vi i vår organisation ska få smidiga arbetsmetoder inom servicehandledningen genom att arbeta enligt ett delat ledarskap inom

teamet. Att föra in nya sätt att arbeta, att skapa nya arbetsmodeller är en lång process och för att det överhuvudtaget skall finnas någon som helst möjlighet att lyckas i en förändringsprocess krävs det att de som arbetar i processen är delaktiga, motiverade till och engagerade i att göra förändringar i sättet att arbeta. Därför upplever jag det som väldigt viktigt att vi under denna process har haft en öppen dialog och respekterat varandras åsikter när vi tillsammans skapat de instrument som behövs för att kunna arbeta på ett nytt sätt. Men vi bör också kritiskt kunna granska den process vi skapat för att nå de bästa arbetsmetoderna med det kunnandet och den bas som vi idag har. Det som dock är viktigt att komma ihåg är att allt omkring oss är föränderligt, det som idag verkar logiskt och sant kan kännas verkligen gammalmodigt och ute om något år eller redan om någon månad. Men vi ska också stolta kunna presentera det resultat vi uppnått och dela med oss av den kunskap vi erhållit under processen.

5.3 Klientens delaktighet

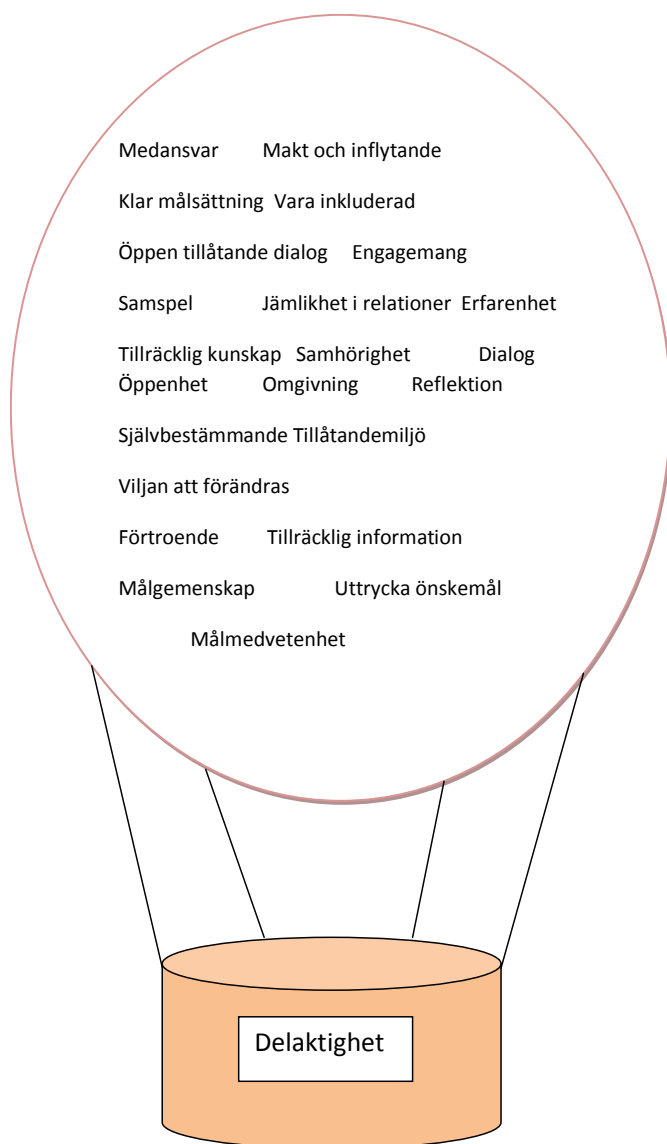
Delaktighet är ett uttryck som kan ha väldigt många betydelser och är ett uttryck som diskuteras mycket. Delaktighet innebär att man är involverad i en livssituation. Delaktighet kan också beskrivas som att man tar del av något, en aktiv medverkan, medansvar, som en process, att bli accepterad, vara inkluderad, vara engagerad, närvaro i genomförandet av en aktivitet, formell tillhörighet, självbestämmande, makt och inflytande, interaktion, samspelet med omgivningen, delaktighet är ett samspel mellan individen och dennes sociala och fysiska omgivning (Gustavsson 2007, s. 56-78; Witsø 2011, s. 558). Men så länge det är de som ger servicen som har kontrollen över agendan och rådslåendet, uppstår det en obalans mellan de som erbjuder servicen och de som brukar servicen. Därför är det av största vikt att en noggrann utredning kring hur delaktighet görs till den stora potentiella resurs som den är och inte bara blir en slogan i kvalitetstexterna (Leung 2011, s.43). Att hantera den makt som det innebär att vara professionell vårdare är något som man hela tiden bör vara medveten om. Det går så lätt att göra för den äldre istället för att stöda den äldre att göra själv, genom att göra för utövar vi kontroll eftersom detta i sig försvagar den äldres position. Därför är det så viktigt att när kartläggningen görs tas fasta på de resurser som finns och i vårdplanen bygga på resurserna som stärker den äldre till självständighet.

Delaktighet som begrepp är mycket mångdimensionellt, men det som är av avgörande betydelse är att ingen utomstående kan bedöma delaktigheten. Det är alltid personen själv

som gör en bedömning av den egna upplevelsen av delaktighet. Men något som begränsar människors delaktighet i det stora hela är att samhället inte tillhandahåller de resurser som skulle vara nödvändiga för ett fullgott fungerande. Delaktigheten kan enkelt sägas vara en persons engagemang i den egna livssituationen men det som kommer att ha betydelse i varje situation är samspelet, personens utveckling, erfarenhet och omgivningen (Gustavsson 2007, s.30-41; Vik & Eide 2012, s.529). Här kommer en av Team Helmis viktigare uppgifter fram, det hur vi får den äldre att känna sig delaktig i den process som hen befinner sig i. Dialogen är här vårt viktigaste verktyg. Genom en dialog möjliggör vi delaktighet då vi för ett samtal där båda parterns åsikter har lika stort värde. Men problemet återfinns ju i detta att delaktigheten inte kan bedömas av någon annan, det är en upplevelse unik för var och en av oss. Hur stärker man en unik känsla? Hur kan man mäta denna känsla? Är den överhuvudtaget mätbar?

I undersökningar som gjorts lyfts fram det att vårdpersonal är medveten om klientens rätt till självbestämmande och förväntar sig också att klienterna, de äldre, ska känna till denna rätt. De äldre, speciellt inom institutionsvården, ges ändå inte möjligheter till delaktighet då de yttre ramarna sätter starka begränsningar. Miljön bjuder inte till ett deltagande för den äldre (Teeri m.fl. 2006, s.125). Genom att respektera varje persons rätt till självständighet, värdighet och tillräcklig information, kan vårdpersonal hjälpa den äldre att reflektera kring, välja och uttrycka de önsksningar och förväntningar den äldre har angående sin nuvarande hälsa och hälsan längre fram i tiden (Blackford m.fl. 2007, s.142; Iltanen, m.fl. 2011, s. 437). Då vi gör hembesök till de äldre, ger vi dem mera makt eftersom vi kommer in som gäster i de äldres hem. Här är vi gäster och klienten kan på ett helt annat sätt lyfta sin egen ståndpunkt, detta i jämförelse med ett besök till avdelning om klienten är intagen. I de fall där den äldre befinner sig i rollen av patient vågar hen inte alltid uttrycka sin egen vilja och sina egna önskemål.

Äldrelagen (980/2012) lyfter fram i flera paragrafer bl.a. § 1, 5, 11, 12, 13, 16, och 17 vikten av att göra den äldre delaktig i de processer som berör hen. Lagen lyfter inte den äldres delaktighet bara på det personliga planet utan vill även att Äldreråden som finns i kommuner och städer ska få en större delaktighet och möjlighet att påverka den omgivning som vi lever i. Delaktigheten ska och kan ses i ett mycket stort och omfattande perspektiv, med påverkan ner på det personliga individuella planet.



Figur 2: Delaktighetens möjliggörande faktorer

I litteraturen jag gått igenom finns mycket information kring delaktighet. För en äkta delaktighet krävs en dialog där båda parterna i samtalet befinner sig på samma nivå. Att våga se människan ger delaktigheten vindar som lyfter ballongen till höga höjder. Undersökningar som gjorts visar att äldre upplever delaktighet som ett engagemang i de dagliga aktiviteterna. De motiveras av ett starkt behov av att ha kontroll och att kunna göra beslut kring det egna livet i anslutning till den service och vård som de behöver för att klara ett självständigt liv. Men för att kunna göra beslut krävs att personalen kan ge information och erbjuda alternativ till den äldre. Men det finns också forskning som lyfter fram problematiken med att de äldre i vissa fall mera upplever en påtryckning att göra de dagliga aktiviteterna istället för att vara delaktiga i dem (Witsø 2011, s. 558-566). För att alltså nå en optimal delaktighet är det av största vikt att man kan finna den kunskap som

ger balansgången mellan vad personalen ser som delaktighet och vad den äldre upplever att delaktighet är. För att kunna planera en effektiv service som stöder den äldre och ger möjligheter för den äldre att delta i den egna vården är det viktigt att hemvårdens personal kan fokusera på vad det är som den äldre själv lyfter fram som delaktighet i de dagliga aktiviteterna och hur relationen mellan personal och omgivande faktorer påverkar den äldres dagliga liv (Witsø 2011, s.558-566; Iltanen m. fl. 2011, s 445). Här blir vårdplanen, som görs upp av servicehandledarna, en verkligt viktig faktor. Vårdplanen bör vara skriven så att hemvården kan stöda klienten och genom detta öka delaktigheten. Det är viktigt att det i vårdplanen framgår de resurser och önskemål som klienten har eftersom vi inte ska ta resurserna ifrån klienten utan vi ska stöda det som brister. Men för att kunna stöda bristerna bör vårdplanen vara utformad så att både resurser och brister tydligt kommer fram och hur vi genom en individuell planering kan hjälpa den äldre.

För att stöda den äldre till självständighet är rehabilitering en väldigt viktig aspekt även upp i höga åldrar. Det ökande antalet äldre leder till ett växande antal äldre med allvarliga nedsättningar i hälsan som försvårar ett självständigt liv. Helhetsmålet med rehabilitering är att den äldre ska kunna upprätthålla eller förbättra den egna hälsan och på så sätt också kunna leva ett så vitalt liv som möjligt. När man pratar om rehabilitering bör man alltid utgå ifrån den äldres individuella förutsättningar och till detta bör sedan kopplas den omgivande miljön. Men här bör man också komma ihåg att träning av dagliga aktiviteter är den viktigaste rehabiliteringsformen för stärkandet av självständighet samt för ökande av delaktigheten. För de äldre symboliserar hemmet ett ställe för självständighet, att få ta del av aktiviteter i hemmet gör det lättare att återhämta sig och att finna motivation till att göra själv (Björkman m.fl. 2012, s.779-785; Vik m.fl. 2012, s. 529). I Team Helmi har vi tagit fram material som vi kan dela med oss av åt den äldre, det handlar om enklare gymnastikprogram som stärker bl.a. benstyrkan och motverkar svindel. Vi har också gjort en informationsfolder som berättar vilken service som äldreomsorgen kan erbjuda men här finns också information rörande tredjesektorn, FPA, och frivilliga organisationer.

Vähäkangas m.fl. (2012) lyfter fram liknande åsikter när de i sin studie visar på vikten av utvecklingen av RAI användningen. Genom RAI-kartläggning kan vi kartlägga den äldres rehabiliteringsmöjligheter och resurser i hemvården. Kartläggningen ska hjälpa vårdarna att känna igen de rehabiliteringsmöjligheter och resurser som den äldre har. Dessutom fungerar RAI-kartläggningen som en bas för uppgörandet av en vård- och serviceplan för den äldre. Genom att använda RAI instrumentet får vi mätare, vilket gör att vi genom uppföljande mätningar med samma instrument kan göra jämförelser. På detta sätt kan vi

avgöra om de aktiverande och rehabiliterande åtgärder som satts in haft den önskade och avsedda effekten eller om vi som vårdare här tillsammans med den äldre ska gå igenom och fundera över vad som kan göras annorlunda. Vad vi skulle behöva satsas på för att öka välbefinnandet, stödja funktionsförmågan bättre och stärka den upplevda hälsan. För att underlätta för oss i teamet men också för klienten så inskaffas Ipads, dessa kan vi använda på hembesöken och där direkt tillsammans med klienten fylla i RAI bedömningen, vi får ett konkret resultat som vi sedan kan diskutera kring. Detta gör att vi redan under första kontakten kan ge konkret information till den äldre och hans anhöriga om kriterier uppfylls för att erhålla service. Om inte så har vi också då möjlighet att informera om tredje sektorns alternativ och vad som där finns. Detta försnabbar hela processen för den äldre.

För att hitta redskap som kan underlätta för att öka den äldres delaktighet, har teamet varit på skolning i Motiverande samtal (MI) en metod som bygger på en förändringsinriktad, empatisk, målinriktad, klientcentrerad men samtidigt styrande rådgivningsstil som har som mål att hjälpa den äldre att utforska och lösa ambivalenta inställningar till förändring. Grunden utgörs i samarbetet med den äldre, där den äldres erfarenheter och perspektiv är i förgrunden (Larsson m.fl. 2008, s.110). Genom denna metod vill man få den äldre själv att t.ex. hitta de områden som hen kan stärka för att i framtiden klara ett självständigt boende eller hur hen kan bryta sin isolering genom att ta del av någon verksamhet som erbjuds via tredje sektorn. Motiverande samtal är en samtalsteknik som ska öppna den äldres egna insikter kring det egna kunnandet och den egna viljan.

6 Målet, Team Helmis arbetssätt

I detta utvecklingsarbete har byggstenarna visat vägen för hur vi inom Team Helmi systematiskt och målmedvetet arbetat för en ökad delaktighet för den äldre men också hur ett delat ledarskap stöder processen i utvecklandet mot ett effektivt och professionellt team. Vi har under vår utvecklingsväg haft både motlut, när det känts som om vi inte kommit någon vart och nedförsbackar då vi kunnat konstatera att vi gjort väldigt mycket, men det som varit av mycket avgörande betydelse är att vi trots allt fungerat som ett team. Jag har gjort en modell över Team Helmis arbetssätt i form av ett flödesschema. Flödesschemat beskriver systematiken i processen. Det som dock är genomgående är delaktigheten för teamet och för våra klienter. Vårt mål är att öka delaktigheten för den äldre genom att göra det lättare att nå oss, vi ska vara tillgängligare och våra kriterier och processer ska finnas

tydliga så att var och en ska kunna ta del av dem och få en första inblick i de möjligheter som finns och som kan erbjudas den äldre.

En av Team Helmis största och viktigaste uppgifter är att stöda den äldres rätt att bestämma över det egna livet och den service som hen accepterar. För att kunna göra vårdprocessen klientcentrerad krävs det samarbete mellan de professionella, den äldre och de anhöriga där tyngdpunkten återfinns i en gemensam strävan mot det som upprätthåller förmågorna och förebygger nedbrytning. Att dela beslutsfattandet, att göra den äldre till medlemmare, är en invecklad process som kräver ömsesidigt inflytande, sammanhang, preferenser, värden, delad information, jämlikhet i relationen och en dialog som är öppen och tillåtande (Lown m.fl. 2011; McKinnon 2014, s. 677-684). Delat ledarskap och beslutande är en process där vårdpersonalen och den äldre tillsammans strävar efter att göra de mest optimala beslut (Légaré m.fl. 2011; Piper 2014). Målet i ett delat beslutande är att förbättra den äldres beslutandeprocess, att anpassa den äldres uttryckta önskemål till de realistiska för- och nackdelar som ses i processen. Ett delat ledarskap och beslutande är av största vikt de gånger då det inte finns klara regler för vad som är det korrekta valet och där resultatet av valet har en stor betydelse för det slutliga målet (Politi m.fl. 2010, s. 84-91; Wilson 2011).

Corvol m.fl. (2012) har gjort en studie i Frankrike där de försökt fånga och identifiera olika nyckelsituationer som ger upphov till etiska dilemman för servicehandledare. Liknande resultat kan också Teeri m.fl. (2006) påvisa i sin studie gjord i Finland. Etiska dilemman kan vara klientens vägran att ta emot vård, de praktiska olägenheter som kan kopplas till insamlande och delande av klientdata samt fördelningen av resurser. Dessa dilemman kan leda till konflikter mellan principen om nytta och respekten för klientens självbestämmande, icke våld och rättvisa. Till servicehandledarnas uppgifter hör att kartlägga behov, koordinera vård och service till äldre som bor hemma. Servicehandledarna baserar sina utredningar på en heltäckande utvärdering där de tar ställning till den äldres biologiska, psykologiska och funktionella behov i kombination med omgivningens förutsättningar. Tidigare forskning kring servicehandledning gjorda i Kanada och USA har påvisat att servicehandledarens uppdrag har två huvuddelar, en del som är personcentrerad och har en främjande funktion samt en systemcentrerad funktion som är portvaktande. Etiska dilemman som framkommer är respekten för klientens självbestämmande, att acceptera att personerna utsätter sig för faror, medvetenhet om riskerna i det de gör samt även trycket som familjen eller samhället utövar. För att som team orka och få perspektiv är det väldigt viktigt att vi kan coacha och handleda varandra

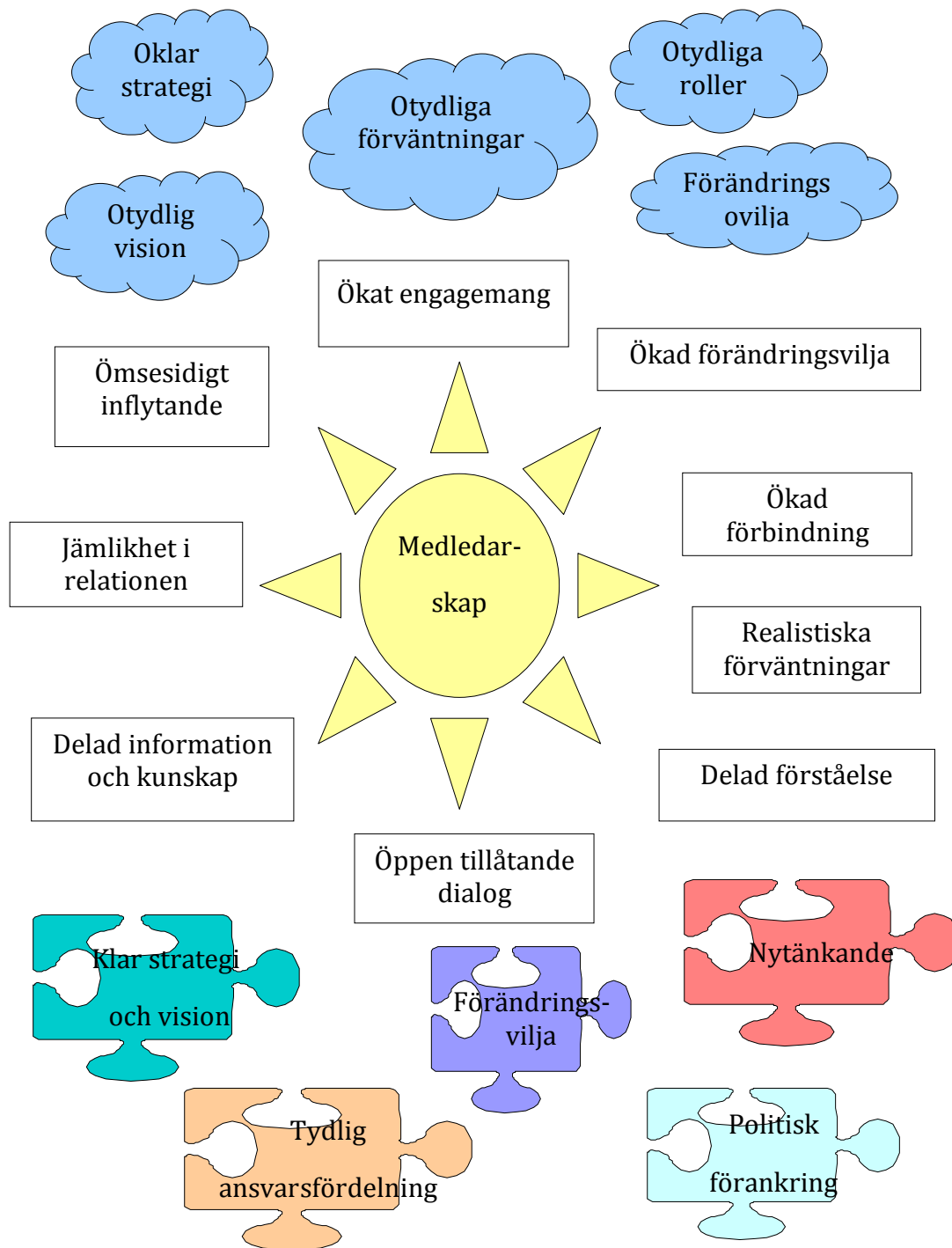
och detta är något som vi bl.a. gör på Helmi möten. Att lära sig acceptera att någon inte vill ta emot hjälp, vill klara sig själv, är ibland väldigt svårt, speciellt de gånger då man kan få en stark föräning om hur galet det kommer att gå utan stödinsatser.

I undersökningar som gjorts i England kring medledarskapet för klienterna har man kunnat finna att klienter som varit engagerade i beslutsfattandet upplever denna process mycket positivt. De upplever att deras åsikter har blivit hörda och att de under processen aktivt fått ta del av själva förloppet samt att deras åsikter haft betydelse. Detta har medfört att klienterna upplevt att de har en mycket större förståelse för egna förutsättningar, möjliga behandlingar, mera realistiska förväntningar både gällande fördelar och nackdelar med en behandling eller ingrepp. De har också större förståelse för det möjliga slutresultatet. I processen vill man också lyfta fram att sjuksköterna har en mycket stor roll när det gäller att stöda klienterna i delaktighet och beslutstagande (Wilson 2011; Piper 2014, s.37-41). Information, handledning, rådgivning och stöd är det som vi i Team Helmi erbjuder de äldre. Att vara realistisk i dialogen är mycket viktigt för att inte framkalla orealistiska förhoppningar och förväntningar. Trygghet och tydlighet hjälper den äldre att kunna göra bra beslut.

I England har hälsovårdsministeriet gjort upp stora planer för att nå hälsovårdsresultat som är bäst i världen, där utgörs nyckelfaktorerna av klientens val och ett delat beslutande. Genom detta vill man uppnå en klientcentrerad och kvalitetsfokuserad hälsovård. Detta nås enbart genom att man engagerar klienten i den egna vården. Beslut ska göras i ett partnerskap med de professionella istället för att besluten görs enbart av professionella. Som en följd av detta har uttrycket ” *No decisions about me, without me* ”! (Inga beslut om mig, utan mig) myntats (Wilson 2011). Men för att nå detta krävs att vårdpersonalen förmedlar den information som krävs för att klienten verkligen ska förstå och kunna ta ställning till och delta i besluten kring den egna vården (Griffith 2012). Piper (2014) menar att det handlar om att göra en omstrukturering av makten i förhållandet mellan klient och vårdare då man pratar om klientens självbestämmande och engagemang så att det sker en förändring från det toppstyrda hierarkiska vårdarledda förhållandet till botten upp och processbaserat förhållanden som utgår från klienten.

I Tyskland har (Körner m.fl. 2011, s. 146 -154) format ett träningsprogram för vårdpersonal där tyngdpunkten ligger i ett delat beslutstagande. Här har man velat lyfta fram två tyngdpunktsområden, det första är ett externt deltagande som innebär kommunikation, deltagande och samarbete mellan klienten och vårdpersonalen. Detta

innebär ett ömsesidigt flöde av medicinsk och personlig information, diskussioner kring alternativ, önskemål, gemensamma överväganden och beslut. Det andra tyngdpunktsområdet innebär ett samarbete mellan alla berörda parter inom hälso- och sjukvården. Där ligger tyngdpunkten på en dialog och kommunikation där man koordinerar och samarbetar som ett team kring klienten. De lyfter också fram att ett gott interpersonellt samarbete stöder klienten i vårdprocessen, optimerar växelverkan och skapar en mera klientcentrerad vårdplan. By Rise m.fl.(2011 s. 266-276) betonar ändå att trots att vårdpersonal och klienten kan ha en enad definition och engagemang i vården, så tilldelar de olika värden till de olika aspekterna av vården. Att öka och förbättra klientens och allmänhetens engagemang fordrar därför kunskap om och en dialog mellan deltagarna kring dessa skillnader. Det som krävs är att vårdpersonalen visar respekt för klienten, ”att se och höra brukaren”. Därtill krävs en dialog, ett ömsesidigt utbyte av kunskapen mellan innehavarna av kunskapen och då kan gemensamma beslut göras i ett delat beslutstagande. Vi har i Team Helmi lagt väldigt stor tyngdpunkt kring kommunikationen och samarbetet mellan klienten och vårdpersonalen, den äldre är en naturlig aktör i processen. Det som ännu kräver omfattande arbete är samarbetet mellan olika aktörer inom vården, här har vi många gånger byggt upp gränser som försvårar ett naturligt samarbete, gränserna mellan specialistsjukvård, primärvård, beroendevård, mentalvård och socialvård är väldigt hindrande. Det är svårt att se till helheten när man fixerar på den egna specialiteten. Att få gränsfria samarbetsforum är ett absolut måste för att kunna bygga upp kostnadseffektiva servicekedjor för våra klienter.



Figur 3: Medledarskap och delaktighet är levande processer.

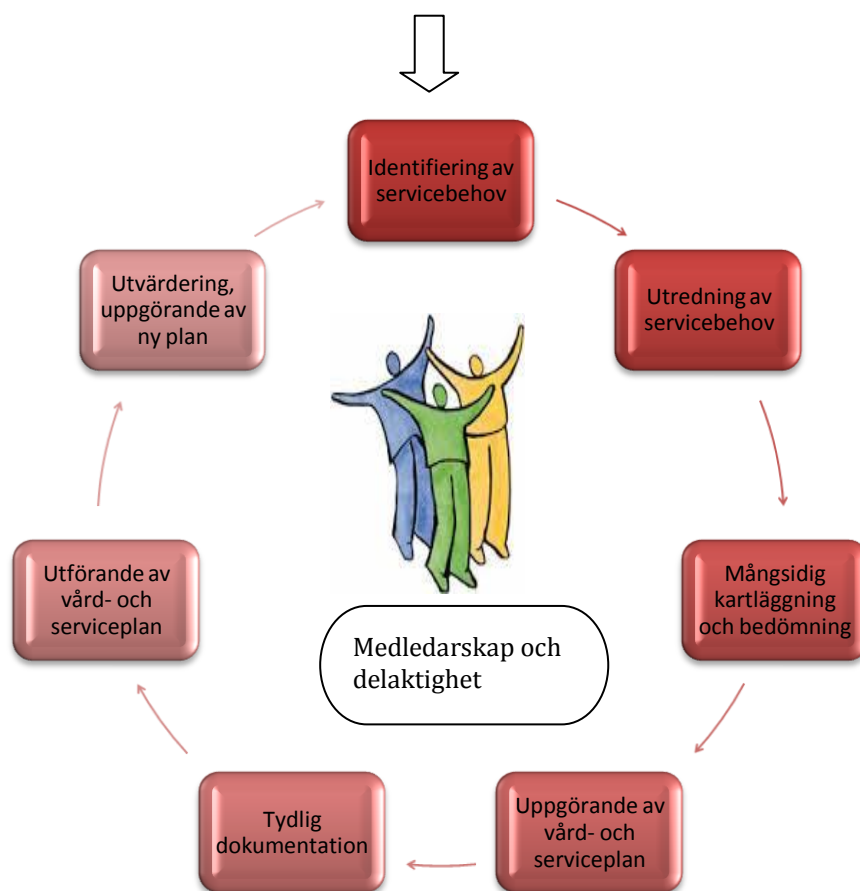
När man sammanfogar de faktorer som ses i Figur 1 (s. 25) och Figur 2 (s. 29) som beskriver delat ledarskap ur teamets synvinkel med delaktigheten ur kundperspektivet, finns en sammansvetsning som skapar ett medledarskap. I båda kategorierna ligger tyngdpunkten på engagemang och delaktighet, vikten av att bli sedd och hörd i den aktuella situationen. Medledarskapet både ur teamets synvinkel och den äldres synvinkel bygger på en högre nivå av delaktighet och engagemang. Oklara strukturer som ses i

Figuren inritade i molnen påverkar delat ledarskap och delaktighet negativt genom dessa försvårar medledarskapet på en äkta nivå. Faktorer såsom oklara visioner, dunkla strategier, uttalade förväntningar, oklara roller och vår egen ovilja till förändring utgör hindrande faktorer vilka man ändå relativt enkelt kan förbättra genom en öppen dialog och aktivt engagemang. I botten återfinns pusselbitarna som ska utgöra grunden för vår verksamhet och där även beslutsfattandet och den politiska viljan finns förankrad. Här ses igen vision, strategi, nytänkande, klar ansvarsfördelning och vilja till förändring men denna gång som positiva faktorer som bygger grund för ett medledarskap. Utmaningen finns delvis i yttre strukturer som många gånger görs på en administrativt högre nivå. Ytterligare utmaningar är hur vi som team kan anpassa de yttre strukturerna och ramarna så att de blir pusselbitar istället för moln men även i våra egna inre strukturer kring våra förväntningar och vår vilja till förändring och förmåga till nytänkande.

Att förändra sitt sätt att arbeta såsom nu görs inom centret för klientstyrning, Team Helmi, kräver motivation, kunskap och en vision om att förändringen av en befintlig verksamhet ger en bättre modell och bättre förutsättningar att möta de krav som lyfts fram i äldrelagen men också arbetsmetoder som är stimulerande och lärande för teamets medlemmar. Motivationen i förändringsarbetet hänger samman med en vilja till förändring men också behovet av en förändring, som hänger samman med faktorer som delaktighet, tilltro, trygghet, självförtroende och information. Allt detta utgör en helhet och denna helhet utgör en plattform för förändringsarbetet. Förändringsviljan ökar om arbetstagarna ges möjlighet att påverka, ha inflytande i förändringsprocessen, genom att göra alla berörda delaktiga och att utvecklingsmiljön är öppen och tillåtande. Alla förslag, alla tankar skall tas emot, diskuteras, analyseras och behandlas av teamet och inga idéer skall förkastas utan teamets klartecken. I ett delaktigt förändringsarbete bygger man på att förändringarna planeras, genomförs och följs upp av dem som berörs av förändringarna. Man förväntar sig att medlemmarna som berörs av förändringsarbetet också förbinder sig till den process som sker, de arbetsmoment som görs upp och de beslut som tas (Angelöw 1991, s. 88; Thylefors 2007, s. 212-213).

Det som utgör en mycket viktig del i servicehandledningen är att kunna se den äldre och dennes behov samt att kunna erbjuda service i rätt form och i rätt tid. Det är genom utredningen av servicebehovet som vi ska kunna stärka den äldres möjligheter till självständighet och fortsatt boende hemma då vi kan inleda med stödande åtgärder och service som aktiverar i tid innan vårdbehovet blir så omfattande att ett självständigt boende

är hotat. Denna process som beskrivs här nedan, är hjärtat i den verksamheten som utgör Team Helmi, kontakten, kartläggningen, planen och utvärderingen.



Figur 4: Processbeskrivning över teamets arbetssätt för utredning av servicebehovet

Genom denna process arbetar vi oss igenom de olika utmaningar som vi står inför som team. Tillsammans gör vi en kartläggning över den äldres situation. Här är det viktigt att all väsentlig information kommer fram, därför är det mycket viktigt att den äldre själv får ta del av de diskussioner och tankar som förs. När denna kartläggning är klar görs en plan. Planen är inledningsvis preliminär vilket innebär att ett slutdatum finns och att en utvärdering görs före planens slutdatum. I utvärderingen ingår frågeställningar som: Nådde vi vår målsättning som vi lyft fram i planen? Gick det som vi tänkt och planerat? Hur fortsätter vi? Vilket är vårt utgångsläge? Hur planerar vi framåt? Här har en stor förändring varit detta att under hela processen gör den äldre delaktig. Det har inte varit lätt eftersom attityden i vårt samhälle idag delvis omyndigförklarar den äldre, vilket jag tycker, känns väldigt kränkande för den äldre. Anhöriga har många gånger svårt att föra en diskussion när den äldre är med, de är rädda att såra den äldre.

Identifiering av servicebehovet

Identifiering d.v.s. att få fatt i ett begynnande behov av stöd och service hos den äldre i ett så tidigt skede som möjligt är en mycket stor utmaning. Här ligger ansvaret inte bara på den professionella vården utan här har anhöriga, vänner, släktingar och grannar skyldighet att reagera på ett behov, ett illabefinnande hos den äldre. Identifieringen är det största problemet, ingen kan agera innan någon lyft fram problemet. Därför är det mycket viktigt att det finns en enkel kanal att ta kontakt via, där man kan lyfta fram sin oro och på så sätt kan en process inledas. Identifieringen är nog den punkt som utgör flaskhalsen i servicehandledningen, många gånger är det så att kontakten tas först i det skedet då hjälpbehovet redan har blivit omfattande och resurserna att hjälpa inte tillräckligt väl kan möta behovet.

Utredningen av servicebehovet

Utredning är en av de väsentligaste hållpunkterna då det gäller att kunna starta upp den process som är mycket viktig i servicehandledningen. Avgörande är att i ett tidigt skede bli involverad i den äldres situation för att tidigt kunna gripa in och stöda. Utredningen startar i en kontakt till den äldre eller att den äldre själv kontakter servicehandledningen. I den första kontakten finns det inte alltid tid att göra en riktigt grundläggande bedömning, då kan det enklare formuläret *Första kontakten* som utvecklades i projektet *Pilotering av äldrelagen* vara den bästa lösningen. Redan då kan man avgöra, är råd och handledning det som behövs just nu eller bör vi utreda noggrannare genom att göra en RAI-kartläggning.

Mångsidig kartläggning och bedömning

Kartläggning och bedömning utgör fortsättningen när man i första kontakten gjort bedömningen att det behövs en noggrannare kartläggning och utredning. Då bokas ett hembesök till den äldre. I kartläggningen deltar den äldre och gärna någon anhörig eller närstående, detta för att få en så tydlig helhetsbild som möjligt. I kartläggningen poängteras den äldres egen åsikt och önskan. I kartläggningen iakttas fysiska funktionsförmågan och hälsotillståndet, kognitiva funktionsförmågan, psykiska funktionsförmågan, sociala funktionsförmågan och den sociala situationen, hemma- och boendemiljön. De riskfaktorer som försämrar funktionsförmågan försöker man identifiera så bra det är möjligt. Riskfaktorerna kan genom RAI-kartläggningen fångas upp och det ger möjligheter att forma en vård- och serviceplan som stöder och minskar riskfaktorernas påverkan på funktionsförmågorna.

Uppgörande av vård- och serviceplan

Vård- och serviceplan uppgörs på basen av den information som erhållits genom kartläggningen. Tillsammans med den äldre görs upp en konkret vård- och serviceplan som har ett rehabiliterande förhållningsätt vilken stärker den äldres förmåga till självständighet. Det viktiga är att de åtgärder vi tillsammans med den äldre planerar ska stöda en ökad självständighet och förminska riskfaktorernas negativa effekter på den äldres liv. Genom kartläggningen visas de riskområden som den äldre har och genom detta kan vi också ge råd om hur vi tillsammans kan träna och stöda för att minimera behovet av mera omfattande service i framtiden. Den inledande vård och serviceplanen är preliminär, detta innebär att den har en tidsram på ca.4-6 veckor.

Tydlig dokumentation

Dokumentering av det kartläggningsresultat man erhållit i samarbetet med den äldre är mycket viktigt. Tillsammans görs den vård- och serviceplan som sedan ska fungera som en karta för hemvården. Hjälpbehovet, resurserna och målsättningen ska finnas tydligt nedskrivna. För den äldre utses också en egenvårdare i hemvårdsteamet. Detta gör att dokumentationen har en mycket väsentlig roll. Dokumenteringen bör vara sådan att det framkommer risker och resurser, vad som ska stödas och vad ska tränas, vad den äldre själv kan göra och i vilka funktioner det behövs stöd. När alla strävar åt samma håll med en tydlig gemensam målsättning blir arbetet mycket roligare och effektivare. I vård- och serviceplanen ska också framgå om den äldre för en tid behöver en ansvarig arbetstagare som har ett större ansvar för att följa upp den äldres livssituation. Ansvarig arbetstagare utses inte åt alla äldre utan endast till de äldre som har ett mera omfattande behov av stöd, detta i jämförelse till egenvårdare som utses till varje klient.

Utförande av vård- och serviceplanen.

Inledningsvis följs den preliminär vård- och serviceplanen som är ca.4-6 veckor lång. Den äldre får en kopia av planen för att också själv kunna följa den plan som vi gjort upp tillsammans. Under den preliminära vårdplanen, lär sig hemvårdsteamet och egenvårdaren känna den äldre. De kan då mera konkret avgöra tillsammans med klienten vad som är det verkliga behovet. Vård- och serviceplanen är ett styrdokument som förbinder vårdarna att se och möta den äldres unika behov, att se den äldre som en aktiv deltagare med rätt till åsikt och delaktighet i den egna processen. Det viktiga i vård- och serviceplanen är att uppställa mål, dessa ska vara tydliga, realistiska och enkla. De ska finnas tydligt

nedtecknade och målen är inte vårdpersonalens mål utan de är gemensamma mål som gjorts upp tillsammans med den äldre och anhöriga. Sedan är det var och ens skyldighet inom hemvårdsteamet att hålla sig ajour med målen och sträva mot att dessa ska nås.

Utvärdering och uppgörande av ny vård- och serviceplan

För att få en korrekt utvärdering där man igen betonar alla aspekter av funktionsförmågorna hos den äldre görs en RAI-HC och ny vård- och serviceplan planeras. Denna uppdatering görs av egenvårdaren, innan preliminära vård- och serviceplanen upphör, tillsammans med den äldre och hans anhörig. Denna plan är nu mer långsiktig eftersom man här siktar på att nästa utvärdering görs inom loppet av 6 månader om det inte uppstår en avgörande förändring i hälsotillståndet som kräver ett tidigläggande av utvärderingen och uppgörandet av ny vård- och serviceplan. Utvärderingen kan också utfalla så att tjänsterna som erbjudits inte behövs mera och avslutas. Det viktiga är att under hela processen är den äldre delaktig och att vi strävar efter individuella skräddarsydda tjänster som stöder den äldres medledarskap och aktörskap. Uppföljningen och utvärderingen är sedan en process som löper som en röd tråd igenom hela vårdkontakten med den äldre.

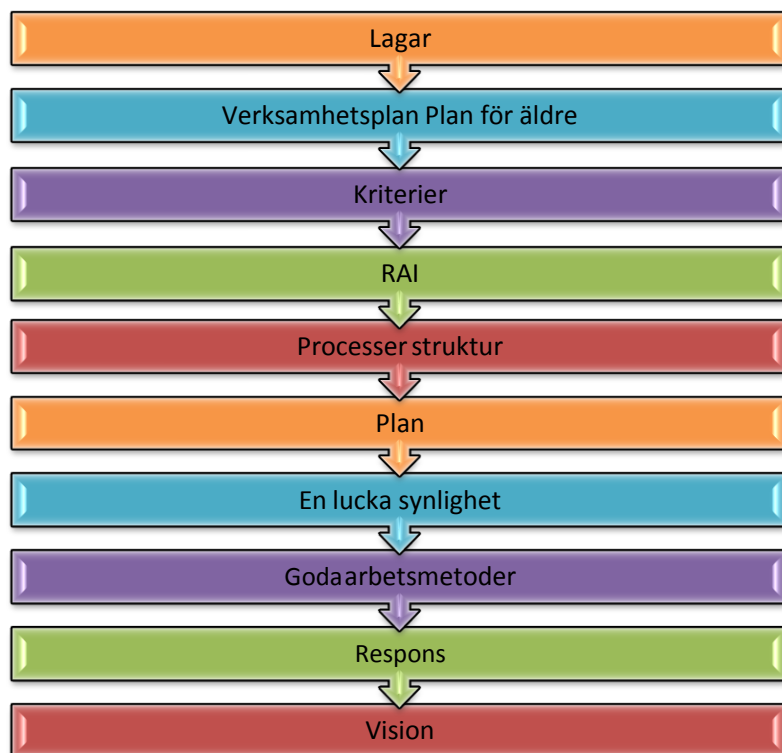
För att underlätta för de som försöker nå oss, både de äldre, anhöriga och övriga samarbetspartners såsom geriatriska avdelningar och sjukhus avdelningar har vi ”*en luckas*”-principen som målsättning. Kontakten till Team Helmi från våra samarbetspartners sker via ett telefonnummer eller via interna meddelandesystemet i vårt journalhanteringssystem, s.k. viesti. Genom detta undviker vi en massa olika nummer och olika kontaktvägar som gör det krångligt för alla. Detta nummer och kontaktväg har meddelats till avdelningar och våra samarbetspartners genom att dela ut info-blad. Målet har här varit att underlätta så att det från avdelningarna ska vara lättare att nå oss, att de inte behöver hålla reda på vem som jobbar i Team Helmi. Uppgifterna om en klient delges oss och vi funderar i teamet vem som sköter och utreder det ärendet som just då är aktuellt. Detta underlättar också för oss i teamet eftersom vi då vet vem som har ansvaret för klienten och de ärenden som berör den äldre och sedan rapporterar vi till varandra för att undvika dubbelarbete. Dessa genomgångar av interna meddelanden och telefonkontakter gör vi regelbundet på daglig basis. Detta för att inte fördröja processen för den äldre.

För att underlätta för den äldre och dennes anhöriga har vi gjort om vår hemsida, här har vi blivit placerade så att genast man väljer www.sochv.jakobstad.fi/aldreomsorgen så finns våra kontaktuppgifter på första uppslaget. Vi har även varit runt till dagcentren i vårt

samarbetsområde och presenterat oss för de äldre som tar del av dagverksamheten och sedan har vi ännu varit inbjudna till äldreråden för att presentera vår verksamhet. Det är mycket viktigt att vi hela tiden förbättrar vår synlighet och tillgänglighet. Det ska vara lätt för den äldre att få kontakt med oss på Team Helmi.

Vi har börjat gå igenom olika blanketter och formulär, den ansökan om boende och intervall som gjorts när organisationen var ny (2010) känns redan förlegad och gammal. Vi här har gjort upp en ny modell som tagits till ledningsgruppen för Äldreomsorgen och blivit godkänd. Vi har deltagit i processen kring skapandet av nya kriterier för hemvården, dagcenterverksamheten och för boende på effektiverat serviceboende eller åldringshem. Dessa dokument är viktiga styrdokument när det gäller beviljande av service och därför är det av största vikt att vi kunnat delta och påverka i dessa processer. Dessa kriterier är så pass omfattande att de behandlas i social- och hälsovårdsnämnden för godkännande innan de kan tas i bruk. Men det som är avgörande, är att vi tagit del av processen kring skapandet av blanketter och kriterier, vi har haft möjlighet att påverka och skapa verktyg för vårt eget arbete. Detta ökar känslan av delaktighet och medledarskap då man aktivt får vara med och påverka processer, ramar och kriterier. Detta ökar också viljan och strävan att följa det som man gemensamt varit med och skapat. Men kriterierna ger också det stöd som behövs de gånger då man måste ge ett nekande besked på önskemål. Det hjälper inte att man vill och tycker att någon borde få service utan det ska fastställas genom kartläggning och påvisar kartläggningen att kriterierna uppfylls beviljas den service som behövs för att stärka hemma boendet. Uppfylls inte kriterierna ges råd och information om var man kan hitta stöd för just det behovet man har, här är tredje sektorn en viktig samarbetspartner.

En verksamhetskultur och arbetsmetoder som stöder delaktigheten bygger på en jämställd dialog mellan teamets alla medlemmar och detta även i förhållande till ledningen. Genom att understryka vikten av delaktighet kan vi tillsammans bygga upp arbetsmetoder som integreras i vårt dagliga arbete och i kontakten till våra klienter. Här en presentation av den verksamhetsmodell som utvecklats under denna process och som utgör grunden för vår verksamhet. Verksamhetsmodellen ger oss ett redskap och en ram när vi strukturerar vår verksamhet och utvecklar våra arbetsmetoder vars mål är att stärka den äldres delaktighet, öka välbefinnandet och stärka funktionsförmågorna.



Figur 5: Team Helmi verksamhetsmodell

Lagarna

Lagarna ger oss grunden i det arbete som vi gör inom äldreomsorgen. Här är det inte bara äldrelagen som ger oss ramarna utan här kopplas också socialvårdslagen, hälso- och sjukvårdslagen, lagen om klientens ställning och rättigheter, grundlagen och alla de övriga lagarna in, som är av stor betydelse när man jobbar i kontakten med den äldre klienten.

Verksamhetsplanen och planen för äldres välbefinnande

Verksamhetsplanen för äldre omsorgen och Planen för äldres välbefinnande är dokument skapade inom vår organisation, godkända av social- och hälsovårdsnämnden och de utgör på många sätt de viktigaste styrdokumenterna eftersom de ger oss ramarna för vår verksamhet.

Kriterier

Kriterier finns uppgjorda för beviljande av boende, för dagcenterverksamhet och för hemvård. Dessa kriterier finns tillgängliga för var och en på vår hemsida, de belyser riktningen för vår verksamhet och de ger oss också en tydlig grund att motivera beslut med. Kriterierna är även publika, vilket innebär att de finns tillgängliga på vår hemsida för den som är intresserad att ta del av dem.

RAI

RAI-instrumentet ger oss en mycket användbar mätare, som möjliggör en bedömning av klienterna som inte baserar sig på en ”tyckande-grund”, utan vi har fastställda mätare och kriterierna är kopplade till dessa, vi kan lyfta fram nyckeltal. Bedömningen blir heltäckande och konsekvent. Detta ger en kvalitet på det arbete som vi gör i klientkontakten och i beslutsprocessen. Genom RAI-kartläggningarna får vi fram flera mätare och genom att kunna kategorisera dessa kan vi göra upp tyngdpunktsområden för oss inom teamet, vilka mätare har större relevans vid utskrivning från sjukhus till det egna hemmet och vilka mätare har större tyngdpunkt när det gäller beviljandet av en boendeplats.

Processer och struktur

Processer och strukturer som beskriver olika aktörers uppgifter. Vi har skapat tydliga processer för olika aktörers uppgifter, strukturen är tydligare då vi delat in vårt verksamhetsområde i geografiska områden och därtill utsett personerna som har hand om de olika områdena. Vi har gjort tydligare ramar och servicekedjor som ger trygghet, då vi alla vet våra ansvarsområden.

Plan

Planen gör att strukturerna och processerna är tydliga och gör planeringen av vår verksamhet enklare och mera transparent. Vi har en verksamhetsplan för Team Helmi och i denna preciserar vi hur vill fortsätta utveckla vår verksamhet under detta verksamhetsår. Vi ska fungera med tyngdpunkt på personcentrering, rätt klient på rätt ställe i rätt tid och rätt service. Detta ger också en tyngdpunkt på portvaktande funktionen, vi gör i vår kartläggning en god bedömning och på basen av den fastställs vilken servicen och tjänster erbjuds den äldre, detta ger oss möjligheter att också hålla de budgetsramar som gjorts.

En lucka, synlighet

En lucka, transparens och synlighet underlätta för våra äldre, deras anhöriga och för våra samarbetspartners. Det har varit mycket viktigt att vi kunnat marknadsföra oss och beskriva vår verksamhet och målsättningen med de förändringar som görs inom äldreomsorgen. Lätt att få kontakt, en telefonnummer i Jakobstad och en i Nykarleby. En hemsida som snabbt ger våra uppgifter. Som teamledare har jag varit på läkarnas fredagsmöten, där deltar läkare från specialistsjukvården, primärvården och även privata

sektorn, för att informera om servicehandledningen och styrningen av klienterna. Infotillfällen har också hållits på Malmska sjukhusets avdelningar 1, 2 och 3, dessa utgörs av inremedicinska, fysiatriska, neurologiska och kirurgiska avdelningar. En av de viktigare aspekterna med dessa informationstillfällen har varit att belysa vikten av en god planerad utskrivning som påbörjas redan när klienten skrivs in. Den äldre klienten är inte äldreomsorgens bekymmer, utan den äldre utgör vår gemensamma nämnare och det är av mycket hög prioritet att vi kan samarbeta och arbeta enhetligt kring klienterna. Genom dessa informationstillfällen ökar förståelsen mellan sektorerna och detta är mycket väsentligt när det gäller fortsatt samarbete.

Goda arbetsmetoder

Goda arbetsmetoder bl.a. förfarandet med skrivandet av vårdplaner, att kunna koppla resultaten från RAI-kartläggningen till vårdplanen och att kunna skapa sådana planer som ger stöd och vägledning för den äldre och dennes anhöriga men också för hemvårdsteamet ska hjälpa den äldre i vardagen. När RAI-bedömningar görs och när det kan räcka med första kontakt formuläret, är linjedragningar som förtydligar vårt sätt att arbeta konkret. Regelbundna möten där vi tillsammans diskuterar klientärenden, problem och för information vidare. Enhetliga dokument och förfaranden ger enhetligare arbetsmetoder.

Respons

Erhållande av respons är ett viktigt led för att kunna öka delaktigheten. Viktigt är också att kunna hantera respons och kritik. Inom organisationen finns Haipro förfarandet, till vilket vi också kopplats, då kan vi själva ge respons på sådant som kunnat gå illa eller som var väldigt nära ögat. Haipro är ett system som används för att rapportera om farliga situationer. Målsättningen är att kartlägga risksituationer och riskhändelser i verksamheten och därefter söka lösningar, som förhindrar att liknande situationer upprepas i fortsättningen. Men vi behöver också vara lyhörda för den respons som ges åt oss per telefon eller per direkt kontakt. Responsen ska diskuteras och hanteras och om det behövs så måste vi se över vårt sätt att arbeta. Responsen i teamet är också viktig för att vi själva ska kunna fortsätta utvecklas som team.

Utvärdering

Kontinuerlig utvärdering av denna process och fortsättningen görs under processens gång. Genom att jag som teamledare sammankommer med min närmaste förman och chefen för äldreomsorgen för att diskutera kring målsättningen och visionerna kring

servicehandledningen och hur vi bäst kan utveckla denna verksamhet för att nå en kostnadseffektivare äldreomsorg. Effektivare arbetsmetoder som ger mätbara resultat och ökar kostnadseffektiviteten genom en tydligare styrning och en klarare struktur. För att detta ska kunna förverkligas krävs ledningens fulla stöd. Det som också ger viktig utvärdering är den respons som fås från våra klienter. Respons och utvärdering är något som också lyfts fram i äldrelagen (980/2012 § 6).

Visionen

Visionen som utgör en bas för oss är mottot *No decisions about me, without me!* Inga beslut om mig, utan mig. Delaktigheten både i teamet och i klientkontakten. Vi ska bli det bästa teamet när det gäller servicehandledning och klienternas delaktighet. Vårt sätt att arbeta ska kunna fungera som modell för andra organisationer som vill bygga upp ett välfungerande system för servicehandledning och klientstyrning.

Under alla dessa olika steg som vi tagit, har vi också under alla våra diskussioner och möten diskuterat kring och lyft fram hur vi kan stöda den äldres delaktighet. Det som främst har märkts under processen, då vi vuxit fram som team, är att den äldre fått en allt viktigare roll och får vara en allt mera påverkande kraft.

I den förändringsprocess som pågår inom Centret för klientstyrning ska tyngdpunktsområdet vara klienten inom öppna vårderna, en tidig kartläggning och ett tidigt agerande. Oulu screener genomförs och på basen av det som kartlagts erbjuds den service som bäst svarar mot den äldres behov i relation till hens resurser och riskfaktorer. Målet med den service som erbjuds är att vi inte ska göra för den äldre utan vi ska hjälpa hen att göra själv, vårt arbetssätt ska alltid vara aktiverande och rehabiliterande. Dilemman som Team Helmi kommer att stå inför kommer att vara av väldigt varierande grad, som att förbereda sig på etiska knoppigheter, svåra klientkontakter, krävande anhöriga och bristande resurser. Alla dessa är faktorer som man inte kan förutse men som ändå kräver en mental insats. Här kommer en av teamets viktigaste funktioner även i fokus, att kunna stödja och handleda varandra i processen genom kommunikation och dialog. Att kunna hitta stödet i varandra och att kunna använda oss av den samlade kunskapen och lärdomen som finns i teamet. Det är det viktigaste vi som individer tillför teamet.

Det som kommer att kräva en stor insats av oss alla är att skapa en attitydförändring, både inom oss själva men också i våra medarbetare, kollegor, anhöriga och även hos de äldre. Den grupp vi arbetar med och för - de äldre - är en mycket heterogen grupp, både

åldersmässigt och behovsmässigt. Målet i vårt arbete ska vara att de äldre, oberoende av ålder och funktionsförmåga, ska ges möjlighet att leva ett fullvärdigt liv i enlighet med egna önskemål och förutsättningar. Utmaningen ligger i hur vi kan möta behoven, stödja den egna funktionsförmågan och sträva till en ökad självständighet hos de äldre.

7 Diskussion

Detta kapitel innehåller en kritisk granskning av utvecklingsarbetet och processen kring aktionsforskning. Att förhålla sig kritiskt till det egna arbetssättet är utmanande men är liksom processen i sig en viktig del av lärdomsprocessen. Metoder som använts har varit en omfattande litteraturöversikt som utgjort teoretiska grunden för den utvecklingsprocess som gjorts i Team Helmi. Uppföljningen av processen har gjorts genom aktionsforskning där uppförandet av verksamhetsmodell och arbetsprocesser byggts. I slutdiskussionen lyfter jag också fram förslag till fortsatta utvecklingsområden.

7.1 Kritisk granskning

Aktionsforskningen som metod har ett väldigt fritt format. Man utgår ifrån ett praktiskt problem man försöker lösa. Lösningen försöker man nå genom att koppla teoretiska kunskaper med de kunskaper man erhåller genom praktiskt arbete och erfarenhet. Aktionsforskningsprocessen byggs upp kring ett samspel mellan de aktörer som deltar i processen, i mitt fall Team Helmi. I samspelet utvecklar aktörerna sina synpunkter genom att lära känna varandra, lära sig av varandras insikter och kunskaper. Denna process kräver samverkan över tiden, en dialog mellan aktörerna och målsättningen är att bygga nya arbetssätt och strukturer. Orsakerna till att man gör en aktionsforskning är att man kan förbättra lärandet genom att förbättra och göra förändringar i arbetsmiljön men också att man kan utveckla nya arbetsmetoder och skapa ny kunskap kring hur något kan göras på ett nytt sätt och genom detta kan man nå bättre och smidigare resultat (Andersen 1998, s.48; McNiff & Whitehead 2011, s.1). Jag upplever att det är viktigt att man försöker avgränsa sig tidsmässigt. Det blir svårt om processen är långdragen att plocka fram de utvecklingssteg man gör och blir processen för kort hinner man inte nå några resultat. Denna process har pågått en del av senhösten 2014 och inledningen av året 2015, en tidsram på ca.5 - 6 månader. Tidsramen kan jag nu uppleva som ganska lagom eftersom jag upplever att vi nått en god bit på väg, men eftersom det innebär en process så kan jag

ändå uppleva att det finns mycket kvar att jobba vidare med. Det som jag kommer att fortsätta med är dialogen kring vår värdegrund och hur vi implementerar vår värdegrund i vår dagliga verksamhet.

När man gör en datainsamling, kan man använda sig av olika tillvägagångssätt, granskning av journaler, provtagningar, frågeformulär, intervjuer eller litteratursökning i rapporter, utredningar och litteratur. Jag har valt att göra en litteratursökning, där jag sökt via sökmotorer och använt mig av sökord och kombinationer av sökord. Den risk som finns kopplad till detta är den styrning som jag gör när jag söker litteraturen och när jag sedan väljer vilken litteratur jag prioriterar. Här kan många riskfaktorer hittas, sökordens begränsning, stort antal fynd som kräver omfattande arbetsinsats för genomgång, språket i artiklarna som många gånger är väldigt svårt och sedan den egna motivationen att gräva tillräckligt djupt, vad är sedan tillräckligt djupt och till detta ännu tolkningen. Styrningen blir dock markant eftersom jag valt att fördjupa mig och ta med artiklar och forskningsresultat som stärker min egen uppfattning kring temat. Styrningen syns också i tolkningen av den litteratur jag valt att använda då jag analyserat materialet och i kopplingen till den verklighet som vi arbetar i inom Team Helmi. När man gör en tolkning försöker man beskriva en stämning eller en uppfattning hos en grupp människor. I denna process som vi genomgått i Team Helmi har jag som teamledare baserat mig på den teoretiska bas som jag lärt mig under litteraturinsamlingen. Mot denna bakgrund har jag sedan tolkat de processteg som vi gjort i teamet. Att göra en mätning är en enklare metod, att analysera data på tolkning sker an efter och här påverkar forskarens egen uppfattning hur tolkningen av materialet blir (Forsberg & Wengström 2008, s.154). Detta innebär ju att tolkningen jag gjort är baserad på den kunskap jag har och införskaffat mig och sedan har jag använt detta som referens för att spegla mot de beslut och förändringar vi gjort i teamet. Vilket då innebär att tolkningen är styrd av mina förhandskunskaper.

Det svåra i ett utvecklingsarbete som detta är att kunna skriva ner alla de förändringar som man gör inom ett team. Många av förändringarna och processen skrivs ner i mötesprotokollen och kan hittas i dem. Beslut som tas finns noterade i dem. Det som inte finns medtecknat och som är av mycket stor betydelse är den attitydförändring som sker inom teamet i samband med att processen fortskrider. Dialogen och utbytet av kunskap gör att förändringar smyger sig in utan att man egentligen reflekterar på att det varit en förändring. Detta kanske man först noterar då någon utifrån ifrågasätter varför man ändrat något eller varför man väljer som man gör. Detta är väldigt svårt att följa som forskare även om man försöker följa och skriva dagbocksanteckningar och sätta minneslappar åt sig

själv. Det som jag upplevt som svårt är att ibland stiga ifrån och se på helheten med forskarens ögon, man blir fort så involverad i allt det som sker att det kan vara svårt ”att se träden för skogen”. Att granska den process och det arbete som sker inom Team Helmi i förhållande till vad litteraturen säger är lättare. Här kan jag verkligen uppleva att vi jobbar i rätt riktning och att vi har hittat en väg som kan föra oss långt. Jag kan se att vi bygger väderkvarnar som får mycket fart av de förändringar som vi gjort och också kommer att fortsätta göra i utvecklandet av Team Helmi.

I lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och social- och hälsovårdstjänster (28.12.2012/980) lyfts fram att syftet med lagen är att stödja den åldrande befolkningens välbefinnande, hälsa, funktionsförmåga och förmåga att klarar sig mera självständigt. Lagen lyfter också fram de äldres möjligheter att själva påverka den service och vård som berör dem. Servicen som kommunerna ska ordna för den åldrande befolkningen skall vara så att både i kvalitet och innehåll ska de uppfylla kravet på välbefinnande, social trygghet och funktionsförmåga. Det vi vet är att många äldre människors livskvalitet försämras och problemen i vardagen ökar som en följd av brist på deltagande, meningsfulla sysselsättningar, svårigheter att röra sig, samhällets ofta alltför negativa attityd gentemot den äldre, ensamhet och otrygghet (STM 2013:15). Tidigare har man kanske inom kommunerna ansett att det är nog när man kunnat arrangera hemvård, hemsjukvård och när detta inte varit tillräckligt har boendeplats på serviceenhet eller institution ordnats. Innehållet har inte haft sådan prioritet som idag lyfts fram i lagen. Målet idag är inte ett institutionsboende för våra äldre utan idag är strävan att vi ger den vård och omsorg som den äldre behöver i hens hem. Målet är också att den äldre eller hens anhöriga enkelt ska nå fram till den service och den information som de ev. kan behöva, varför ”en-luckas principen” är ett sätt att underlätta möjligheten för att lätt få en första kontakt och en första början till svar på de frågor man har. I den undersökning som gjordes av De Almeida Mello m.fl. (2012) kartlades en jämförelse kring betydelsen av stöd till den äldre. Där fann man att tidigt ingripande ger mycket stora vinster för den äldre. Eftersom undersökningen ger resultat som kan kopplas till arbetet inom hemvården, förebyggande av institutionalisering men också information till beslutsfattare kring behovet av investeringar ger den en god hänvisning till att riktningen på det arbetet vi gör inom Team Helmi är den rätta.

Lagen förutsätter att utredningar över den äldres behov av social- och hälsovård och av andra tjänster och stödåtgärder som kan behövas för att stödja den egna funktionsförmågan, hälsan, självständigheten och välbefinnandet utan dröjsmål utreds.

Inom vår organisation har vi valt att inom äldreomsorgen använda oss av RAI-instrumentet, vi använder nog också andra mätare så som MMSE, depressionsmätare och MNA-test, som är en nutritionstest för äldre, men tyngdpunkten ligger på RAI. RAI-instrumentet ger oss en grundlig kartläggning över den äldres funktionsförmågor, risker och resurser. Vi har ett frågeformulär som tagits i bruk inom vår organisation. Detta frågeformulär ger oss en inledande uppfattning kring behovet. Behöver en kartläggning med RAI-frågor göras eller kan vi redan i första kontakten avgöra att den äldre ännu inte behöver vår service. Voutilainen och Vaarma (2005) har gjort en omfattande kartläggning kring vilka instrument som används i Finland för att bedöma funktionsförmågan hos den äldre. De kunde konstatera att idag används väldigt många olika mätare och det finns inget egentligt enhetligt system för tolkning och inga skalor, här väljer varje organisation själv metod och skalor. Voutilainen och Vaarma (2005) konstaterade också i sin undersökning att det knappast kan vara tillförlitligt att använda endast en mätare, de anser att man för att få en så helhetlig bild som möjligt borde använda ett batteri av mätare. Det som dock är viktigt är att man kan hantera den mätare som ska användas och att man kan tolka resultaten så korrekt som möjligt, detta är något som vi fått handledning i och genom detta stärks vårt kunnande. Möjligt är att vi i framtiden kommer att konstatera att vi nog kommer att ha ett behov av att komplettera med någon annan mätare.

Det som jag tycker är skrämmande är det resultat som Kristensson m.fl.(2010, s. 755-763) i sin undersökning kring servicehandledning för äldre lyfte fram när det gällde fynden av depressioner bland de äldre. Vad gör vi idag för att hitta dessa äldre som är deprimerade? Har vi idag instrument som fångar upp deprimerade äldre? Hur svarar vi mot detta att de äldre som idag finns runt omkring oss inte mår bra? Vad orsakar depressionen? Är det förlusten av den egna självständigheten, den egna förmågan? Är det förlusten av sociala kontakter? Förluster av nära och kära? Orsakerna är säkert även här lika många som det finns äldre som är deprimerade. Här kommer servicehandledaren in som en viktig länk när det gäller att kunna handleda, ge råd och informera de äldre kring olika alternativ. Men hur fångar servicehandledaren upp dem? Är det kartlägnings instrument som nu används inom social och hälsovårdsverket tillräckligt brett för att också fånga upp de äldre som inte psykiskt mår bra. Sedan kommer också frågan in. Hur agera när man som servicehandledare upptäcker ett behov, ser en brist, men sedan är den äldre inte alls intresserad av den hjälp och stöd vi kan erbjuda. Här kan finnas flera orsaker till att den äldre inte vill eller helt vägrar ta emot hjälp trots behov, tyvärr kan en stor faktor vara kopplad till ekonomi.

Att respektera den äldres rätt till självbestämmande och våga stiga till sidan och kanske ha en aning om hur slutresultatet kan bli och sedan få detta bevisat inom en kort tid. Hur klarar man som servicehandledare detta etiska dilemma? Hur kan vi hela tiden hålla oss själva uppmärksamma på den äldres självbestämmanderätt att acceptera val som går emot våra egna etiska värderingar? Hur kan vi undvika att i vår godhet kränka den äldres rätt till självbestämmande? Den etiska konflikten som vårdaren står inför dagligen har inget klart och enkelt svar (Breitholtz m.fl. 2013, s. 226-237).

I den nya kvalitetsrekommendationen (STM 2013:15) lyfts fram som mål att förbättra servicestrukturen, detta bl.a. för att kunna stävja kostnaderna inom social- och hälsovården. Detta är ett måste eftersom den snabbt förändrande befolkningsstrukturen ger ett snabbt ökande behov av service med följderna ökade omkostnader. Något som vi idag inte har råd med. Andra målområden är bl.a. hemvårdens kvalitet. En stor utmaning ligger i att få tillstånd en attitydförändring, de äldre är inte en homogen grupp, till den äldre idag hör en stor åldersgrupp i åldern 65-109. Denna spridning i sig visar att behoven inte på långt när kan vara identiska. Men ett av målen ska oberoende av ålder vara att den äldre ska ha möjlighet att leva ett gott liv i sitt eget hem och få vara garanterad en fungerande vardag. En välgjord kartläggning där man tar hänsyn till och låter den äldre vara en medledare i sin egen process ökar möjligheterna till självständighet. Genom att låta den äldre vara medledare kan vi kanske lösa några etiska dilemman då den äldre kanske inte upplever sig vara tvingad att ta emot service utan istället ser det stöd som kan erbjudas.

Rahm Hallberg och Kristensson (2004, s. 112-120) anser att det skulle gynna hemvården om begrepp och kriterier gjordes klarare. Idag är hemvården väldigt omfattande, allt från handledning till stöd i hemmet för den döende. De ansåg att preventiv och promotiv hemvård för äldre skulle tjäna på att mera tydligt identifiera organisationen, innehållet, uppgifterna och relationen till målgruppen i stort. De lyfter också fram att servicen och handledning borde sätta tyngdpunkten på salutogent hälsoperspektiv, aktivering och rehabilitering. Detta har Team Helmi också haft som målsättning. Kriterier för hemvård, dagcenterverksamhet och boende ger ramar som tydliggör verksamheten. Genom att göra kriterier har vi också deltagit i att förtydliga begreppen för den verksamhet som vi har. Detta är en del av den process som Team Helmi gått igenom och som också formar verksamheten i ett delat ledarskap. Att kunna påverka och ta del av de processer som styr verksamheten är en av de viktigare grunderna i delade ledarskapet.

7.2 Sammanfattande diskussion och förslag till fortsatt utvecklingsarbete

Syftet med utvecklingsarbetet har varit att skapa arbetsmetoder och verksamhetsmodeller för Team Helmi som stärker teamets delaktighet genom ett delat ledarskap men också att bygga sådana arbetsmetoder som stärker den äldres delaktighet och ger den äldre medledarskap i den egna processen.

Onder m.fl.(2007, s. 439-444) lyfter fram detta att den största utmaningen inom hälso- och sjukvården är att förbättra förmågan hos systemet att bättre svara mot de behov som den äldre har. I takt med att de äldres antal ökar, livstiden förlängs, kroniska sjukdomarna ökar på grund av vår egen passivitet (STM 2013:13) ökar också behovet av preventiva, promotiva och rehabiliterande åtgärder i första hand riktade mot de äldre som bor i eget boende. För att förbättra kvaliteten i livet och för att maximera en optimal funktionsnivå och en självständighet, krävs preventiva åtgärder, vård som är individuellt anpassad och planerad, stöd från fysioterapeuter, ergoterapeuter och läkare, stöd för ett socialt liv, underlättande för kognitiva funktionsförmågan, planering och uppföljning (Rahm Hallberg & Kristensson 2004, s. 112-120). Allt detta kräver att vi som jobbar inom äldreomsorgen vågar tänka i nya banor, inte fastnar i trygga invanda spår. Den största utmaningen i allt detta kommer ganska långt att var det motstånd som personalen ofta bjuder när förändringar görs. Det gamla, det trygga är svårt att bryta. Att se den äldre som en individ med rätt att kräva, med en egen vilja och en egen önskan kan för många bli ett nytt problem. Trots att man tidigare nog sett den äldre som en person lyfts den äldre nu från att ha varit en i den homogena gruppen åldringar upp till att vara en äldre person med individuella behov och önskningar.

Delaktighet är en viktig del i förändringsarbetet som görs, för oss var det byggandet av arbetsmetoderna och verksamhetsmodellen för Team Helmi. Människor vill känna att de kontrollerar sin egen situation och i ju högre utsträckning förändringen kommer utifrån andra, desto mer kommer man att beaktat förändringen som hotfull och visa motstånd. Ett förändringsfrämjande kommunikationsklimat innebär att medarbetarnas ansvarstagande och självständighet uppmuntras och att medarbetarna visar engagemang i verksamheten och uppmanas att vara delaktiga i beslut som berör deras arbetsplats (Johansson & Heide 2008, s.71-72). Detta har varit vår viktigaste strävan under hela processen. Att alla i Team Helmi ska känna sig engagerade och involverade i det förändringsarbete som gjorts. Genom att teamet hela tiden varit engagerat och involverat i processen kring utformandet av de egna arbetsrutinerna har motståndet mot förändringarna varit minimalt, egentligen

helt obefintligt. Tillsammans har vi byggt och skapat vår verksamhet. Det som dock alltid kan konstateras är att vi aldrig blir klara, alltid väcks nya frågor som kräver nya svar och nya metoder.

En fortsättning på detta utvecklingsarbete vore utan vidare någon form av undersökning som riktar sig till brukaren, den äldre. Har delaktigheten ökat? Känner den äldre sig mera sedd och hörd i den egna processen eller kör vi ännu över huvudet på våra äldre? Dessa frågor kan ju endast den äldre själv uttala sig om, varför det vore ytters intressant att ta del av den erfarenhet och kunskap som de kunde förmedla oss. Det vore också intressant att göra intervju med medlemmarna i teamet, hur upplever de sin delaktighet i de beslutsprocesser som görs i teamet? Upplever de att teamet verkligen baserar sig på ett delat ledarskap eller känns ledarskapet hierarkiskt? En undersökning som denna ger inga entydiga svar men i vårt fall har strukturen klarnat betydligt och vi har en tydligare vision och målsättning i vårt arbete.

Den frågeställning som egentligen fångar mitt intresse mest är medledarskap. Hur kan vi göra så att medlemmarna i ett team upplever sig som medledare i den process som sker. Blir förändringsarbetet en smidigare process då man får delta som en medledare? Men sedan; Hur kan vi göra den äldre till en medledare i den egna processen? I engelska och amerikanska artiklar lyfter man fram *shared decision making SDM*, delat beslutande, men min upplevelse är att medledarskap är något som omfattar mera än delaktighet i beslutsprocessen. Jag upplever att medledarskapet innebär en aktiv delaktighet under hela processen inte bara i beslutet. Hur ska vi agera för att göra den äldre till en medledare i den egna processen och hur engagerar man teamet så att de upplever att de är medledare i det utvecklingsarbete som görs på arbetsplatsen?

Källförteckning

Andersen, H. (1998) *Vetenskapsteori och metodlära. En introduktion.* Lund: Studentlitteratur

Angelöw, B. (1991) *Det goda förändringsarbetet.* Lund, Studentlitteratur

Angelöw, B., (2010) *Framgångsrikt förändringsarbete, om individ och organisation i förändring.* Stockholm, Natur och Kultur

Blackford, J., Strickland, E. & Morris, B. (2007) Advance care planning in residential aged care facilities. *Contemporary Nurse* (2007) 27; 141-151.

Björkman Randström, K., Asplund, K. & Svedlund M. (2012) Impact of environmental factors I home rehabilitation – a qualitative study from the perspective of older persons using the International Classification and Functioning, Disability and Health to describe facilitators and barriers. *Disability & Rehabilitation*, 2012; 34(9): 779-787.

Bolman, L.G. & Deal, T.E. (2005) *Nya perspektiv på organisation och ledarskap.* Studentlitteratur, Lund

Breitholz, A., Snellman, I. & Fagerberg, I. (2013) Careers' ambivalence in conflict situations with older persons. *Nursing Ethics* 2013 20(2) 226-237.

By Rise, M., Solbjør, M., Lara, M., Westerlund, H., Grimstad, H. & Steinsbekk, A. (2011) Same description, different values. How service users and providers define patient and public involvement in health care. *Health Expectations*, 16, pp. 266 – 276.

Corvol, A., Moutel, G., Gagnong, D., Nugue, M., Saint-Jean, O. & Somme, D. (2012) Ethical issues in the introduction of case management for elderly people. *Nursing Ethics* 2012 20(1) 83-95.

Coughlan, M., Cronin, P. & Ryan, F. (2013) *Doing a Literature Review in Nursing, health and Social Care.* London: SAGE Publications Ltd

De Almeida Mello, J., Van Durme, T., Marq, J. & Declercq, A. (2012) Intervention to delay institutionalization of frail older persons: design of a longitudinal study in home care setting. *BMC Public health* 2012 12:615.

Döös, M., Wilhelmsson, L. & Backström, T. (2010) *Chefer i samarbete. Om delat och utvecklat ledarskap.* Malmö: Liber

Eriksson, L.T. & Wiedersheim-Paul, F. (2011) *Att utreda forska och rapportera.* Malmö: Liber

Finlex: Lag om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre 980/2012

<http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2012/20120980>

- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur
- Granberg, O. (2003) *PAOU Personaladministration och organisationsutveckling*. Stockholm: Natur och Kultur
- Gravelle, H., Dusheiko, M., Sheaff, R., Sargent, P., Boaden, R., Pickard, S., Parker, S. & Roland, M. (2007) Impact of case management (Evercare) on frail elderly patients: controlled before and after analysis of quantitative outcome data. (*BMJ*), 2007 Jan 6; 334 (7583): 31-4. (hämtat 5.2.2014). <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.39020.413310.55>
- Griffith, R. (2012) Making patients active participants in their own treatment decisions. *British Journal of Nursing* 2012 Vol.21, No 22.
- Gustavsson A. (2007) *Delaktighetens språk*. Poland: Studentlitteratur
- Hérbert, R., Durand, P.J., Dubuc, N., Tourigny, A. (2003) Frail elderly patients New model for integrated service delivery. *Canadian Family Physician* 2003: (49), 992-997.
- Hjalmarsson, B. (2003) *Medledarskap, Att skapa arbetsglädje genom delat ansvar*. Ekerlids förlag: Stockholm
- Hughes, L. and Pearson, A. (2013) Encouraging healthy ageing: a vital element of NHS reform. *British Journal of Nursing*, 2013, Vol. 22, No 3, 174-178 .
- Hänninen, K. (2007) *Palveluohjaus: Asiakaslähtöistä täsmäpalvelua vauvasta Vaariin*. Raportteja / Stakes: 20/2007 (hämtat 5.2.2014). <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201210319566>
- Iltanen, S., Leino-Kilpi, H., Puukka, P. & Suhonen, R. (2011) Knowledge about patients' rights among professionals in public health care in Finland. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2012; 26: 436-448.
- Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J. (2010) *Hur moderna organisationer fungerar*. Stockholm: Natur och Kultur
- Johansson, C. & Heide, M. (2008) *Kommunikation i förändringsprocesser*. Malmö; Liber
- Juuti, P. (2013) *Jaetun johtajuuden taito*. PS-kustannus: Jyväskylä
- Kristensson J., Ekwall AK., Jakobsson U., Midlöv P. & Hallberg I.R. (2010) Case managers for frail older people: a randomized controlled pilot study. *SCAND J CARING SCI*, 2010 Dec; 24 (4): 755-63.
- Körner, M., Ehrhardt, H. & Steger, A-K. (2011) Designing an interprofessional training program for shared decision making. *Journal of Interprofessional Care*. 2013, 27: 146-154.
- Larsson, I., Palm, L. & Hasselbalch, L. (2008) *Patientkommunikation I praktiken – information, dialog och delaktighet*. Falun; Norstedts Akademiska Förlag
- Légaré, F., Stacey, D., Brière, N., Desroches, S., Dumont, S., Fraser, K., Murray, M-A., Sales, A. & Aubé, D. (2011) A conceptual framework for interprofessional shared decision

making in home care: Protocol for a feasibility study. *BMC Health Services Research* 2011, (23).

Leung, T.T.F (2011) Client participation in managing social work-service - an unfinished quest. *Socialwork vol. 56 numb 1* january 2011.

Lindsay, D. R., Day, D. V. & Halpin, S. M. (2011) Shared leadership in the military: Reality, Possibility or Pipedream? *Military Psychology* 23: 528- 549.

Lown, B., Kryworuchko, J., Bieber, C., Lillie, D., Kelly, C., Berger, B. & Loh A. (2011) Continuing professional development for interprofessional teams supporting patients in healthcare decision making. *Journal of Interprofessional Care*, 2011; 25(6): 401-408.

McKinnon, J. (2014) Pursuing concordance: moving away from paternalism. *British Journal of Nursing* 2014, Vol. 23, No 12, pp 677 – 684.

McNiff, J. & Whitehead, J. (2011) *All you need to know about Action Research*. London: SAGE Publications Ltd

Moisio, P., Heikkinen, S., Honkakoski, A., Nurmio K. & Pakanen, M. (2013) *Vahuspalvelulain pilotointi Väli-Suomen Ikäkaste – Äldre-Kaste II Ikälain pilotointiosahankkeen raportti*. STM

Ollonqvist, K., Aaltonen, T., Karppi, S-L., Hinkka, K. & Pöntinen, S., (2006) Network-based rehabilitation increases formal support of frail elderly home-dwelling persons in Finland. *Health and Social Care in the Community* (2008) 16(2) s.115-125.

Onder, G., Liperoti, R., Soldato, M., Carpenter, I., Steel, K., Bernabei, R. & Landi, F. (2007) Case management and risk of nursing home admission for older adults in home care: results of the Aged in Home Care Study. (*J AM GERIATR SOC*), 2007 Mar; 55 (3): 439-44.

Patel, R. & Davidson, B. (2007) *Forskningsmetodikens grunder, Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (1998) *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. Jurva: WSOY Kirjapainoyksikkö

Piper, S. (2014) How to empower patients, and involve the public. *Nursing-standard*. 29, 4, 37-41.

Politi, M., Clark, M., Ombao, H., Dizon, D. & Elwyn, G. (2010) Communicating uncertainty can lead to less decision satisfaction; a necessary cost of involving patients in shared decision making? *Health Expectations*, 14, pp. 84-91.

Rahm Hallberg, I. & Kristensson, J., (2004) Preventive home care of frail older people: a review of recent case management studies. *International Journal of Older people Nursing* 2004(13) 6b, 112-120.

Rönnerman, K. (2008) *Aktionsforskning i praktiken – erfarenheter och reflektioner*. Lund: Studentlitteratur

- Stannegård, L. (2003) *Avhandlingen Om att formas till forskare*. Lund; Studentlitteratur
- STM (2013) *Vanhuspalvelulain pilotointi, Väli-Suomen Ikäkaste- Äldre-Kaste II Ikälain pilotointi- osahankkeen raportti*.
- STM (2013:13) *Förändring i rörelse! Nationell strategi för motion som främjar hälsan och välbefinnandet 2020*. (hämtat 7.2.2014) <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3416-0>
- STM (2013:15) *Kvalitetsrekommendation för att trygga ett bra åldrande och förbättra servicen*. Julkaisuja (STM): 2013:15 (hämtat 2.2.2014). <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3420-7>
- STM, Finlands kommunförbund (28.06.2013) *"Äldreomsorgslagen" lag om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre*. Promemoria om verkställighet och tolkning av lagen
- Teeri, S., Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. (2006) Long-term nursing care of elderly people: identifying ethically problematic experiences among patients, relatives and nurses in Finland. *Nursing Ethics* 2006 13(2).
- Tjora, A. (2012) *Från nyfikenhet till systematisk kunskap. Kvalitativ forskning i praktiken*. Studentlitteratur: Lund
- Thylefors, I. (2007) *Ledarskap i human serviceorganisationer*. Natur och kultur: Stockholm
- Wallace, C., Chandler, L., Rogers, A., Crosby, K., Joshi, N., Spriggs, T. & Hill, C. (2012) Caring for frail patients: best practice. *Nursing Standard*. 2012 Vol. 26, no. 28, 50-56.
- Vik, K. & Eide, A.H. (2012) The exhausting dilemmas faced by home-care service providers when enhancing participation among older adults receiving home care. *Scandinavian Journal of Caring Science*; 2012:26: 528-536.
- Wilson, J. (2011) No decisions about me without me! *British Journal of Nursing*, 2011, vol. 20 No 6.
- Witsø, A.E., Eide, A.H. & Vik, K. (2011) Professional carers' perspective on participation for older adults living in place. *Disability and Rehabilitation*, 2011; 33(7): 557-568.
- Voutilainen, P. & Vaarama, M. (2005) *Toimintakykytutkimusten käyttö ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinnissa*. Helsinki (hämtat 7.2.2014). <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201204194256>
- Vähäkangas, P., Niemelä, K. & Noro, A. (2012) *Ikäihmisten kuntoutumista edistävän toiminnan lähijohtaminen - Koti- ja ympärivuorokautisen hoidon laatu ja kehittäminen*. (hämtad 7.2.2014). <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-688-5>
- Önnevik T. (2010) *Ledarskapets grunder Organisationens hjärna*. Studentlitteratur AB, Lund

Bilagor

Tabell 1

Tabell 1. Sökning i EBSCO, Chinal, Academic Search Elite

Databas	Sökord	Träffar	Urval
Academic Search Elite	Case management	6649	
AND	elderly	223	
AND	Living at home	5	5

Tabell 2. Sökning i Nelliportalen

Databas	Sökord	Träffar	Urval
Nelli /Julkkari	Palveluohjaus	161	
AND	Ikääntyville	13	4

Tabell 3 Sökning i Nelliportalen

Databas	Sökord	Träffar	Urval
Nelli/ Julkkari	RAI	704	3

Tabell 4 Sökning i EBSCO, Chinal

Databas	Sökord	Träffar	Urval
Academic Search Elite	Elderly service	109	
AND	Care management	99	2

Tabell 5 Sökning i EBSCO, Academic Search Elite

Databas	Sökord	Träffar	Urval
Academic Search Elite	Elderly services	3584	
AND	Service coordination	147	2

Tabell 6 Sökning i EBSCO, Academic Search Elite

Databas	Sökord	Träffar	Urval
Academic Search Elite	Preventive health service and elderly	64	4

Tabell 7 Sökning i Ebsco, Academic Search Elite

Databas	Sökord	Träffar	Urval
Academic Search Elite	Self-determination and elderly	156	3
Academic Search Elite	Participation Elderly service	178	5

Tabell 8 Sökning i Ebsco, Academic Search Elite

Databas	Sökord	Träffar	Urval
Academic Search Elite	Shared leadership	129	4

Tabell 9 Sökning i Ebsco, Academic Search Elite

Databas	Sökord	Träffar	Urval
Academic Search Elite	Shared decision making	992	7
	Elderly	34	2

Tabell 2.

Här har jag i korthet beskrivit artikelns huvudsakliga innehåll, vilket urval, vilket instrument och resultatet i korthet. Jag har också valt att kategorisera artiklarna i relevansordning 1-3, här har jag då betygsatt artikeln i förhållande till nyttan för detta utvecklingsarbete. Artiklar värderade till ettor har enligt mig den största relevansen och har gett mig värdefull information kring servicehandledning, tidigt ingripande och enhetliga arbetsmetoder som stärker den äldres vardag. Medan artiklar värderade till treor har haft relevans men inte gett den tyngd jag eftersträvat. Dessa artiklar har gjort en bas men inte uppfyllt det som är grunden i detta utvecklingsarbete. Allt som allt har 41 artiklar genomlästs men i utvecklingsarbetet har 31 artiklar använts.

Sammanställning av genomgångna artiklar.

Artikel / Författare/ publiceringsdatum	Urval	Instrument	Resultat	Artikel värde relevans
Impact of case management (Evercare) on frail elderly patients Gravelle, H., Dusheiko, M., Sheeaff, R., Sargent, P., Boaden, R., Pickard, S., Parker, S., Roland, M. 2007	62 pat. > 65 år I Evercare Kontrollgrupp 6960 – 7695 Patienter från vanlig mottagning	Uppföljning av akuta jourbesök och akuta intagningar samt dödsfall Kan man se om de patienter som får servicehandledning enligt EVERCARE modellen visar en minskning i akuta intagningar i jämförelse med vanliga mottagningar i England uppföljning av akuta mottagningarnas statistik samt genom intervju	Den kvalitativa uppföljningen visar att de patienter som hör till Evercare gruppen får mera besök och får mera remisser för undersökningar som inte annars ges sköra äldre Den kvalitativa uppföljningen visar inga signifikanta påverkningar till akuta jourbesök, intagningar och dödsfall	1
<i>Pillars for the care of older persons in the Caribbean</i> Powell, D., Price, A.J., Burns, F.A., McConnell E.S., Hendrix, C.C., McWhinney-Dehaney, L., Lombardi, M.M. 2011		Genom ett samarbete har man skapat stöttepelare för hur man skall kunna svara mot det växande antalet äldre, stramare resurser, och till detta koppla flera friskare och aktivare år för de åldrande i Karibien	4 stödpelare Primär vård med service- handledning Koordinering av enhetliga organisationer Befolknings baserat främjande av hälsan och förebyggande av sjukdom Planering och ansvarsskyldighet	2
<i>Ethical issues in the introduction of case management for elderly people</i> Corvol, A., Moutel, G., Nogue, M., Sain-Jean, O., Somme, D. 2012	Steg 1 Strukturerad intervju med 8 service handledare sedan 4 av dessa deltog i en ostrukturerad omfattande intervju Steg 2 Intervju med fokusgrupper 12 deltagare	Att identifiera nyckel situationer som kan orsaka etiska dilemman för service handledarna i assistansen av äldre Att analyser spänningar mellan etiska principer baserat på beskrivna situationer/problem Att skapa praktiska råd för att klara dessa dilemman	Man kunde fastställa tre olika typer av scenarion som skapade etiska dilemman för service handledarna Vägra vård/ självbestämmande Insamlande och delande av personlig information/ respekten för det privata intima Fördelningen av resurser/försvarare av individen mot institutionen.	3
<i>Health promotion for frail older home care</i>	75 år och äldre	Undersökningen har genomförts med	Förebyggande hälso-åtgärder, given till	1

<i>clients</i> Markle-Reid,M., Weir,R., Browne,G., Roberts,J., Gafni,A., Henderson,S. 2006	lämpliga för hemvård 122 i testgruppen 122 i kontrollgrup- pen	intervjuer av testgrupp och kontrollgrupp. Båda grupperna svarade på samma frågor. Intervjuerna genomfördes av tränade intervjuare	äldre sköra människor, ökar inte totala omkostnaderna för vården men ökar livskvaliteten, mentala hälsan och sociala stödet hos den äldre	
<i>Network-based rehabilitation increases formal support of frail elderly home- dwelling persons in Finland</i> Ollonqvist,K., Aaltonen,T., Karppi,S-L., Hinkka,K., Pöntinen,S., 2007	➤ 65 år Testgrupp 343 åldringar, kontrollgrupp 365 åldringar slumpmässigt utvalda	Testgruppen deltog i rehabilitering medan kontrollgruppen förlitade sig på normal social och hälsovård. Rehabiliteringen bestod av grupprehabilitering, grupperna hade tre perioder med träning under 8 månaders period. Perioderna bestod av fysiskträning, föreläsningar, introduktion i egenvård, diskussioner, rådgivning, information och rekreation Uppföljning av tre studerande med frågeformulär	Resultatet i studien visade inte att rehabiliteringsprogram met ökade deltagarnas förmåga att hantera ADL aktiviteter, men det som kunde konstateras var att behovet hos testgruppen av hemvård och stödtjänster minskade. När äldre personer får det stöd de behöver, kan man förlänga boendetiden hemma. Samt även lätta på börda för de anhöriga som deltar i vården. Detta kanske delvis genom att deltagarna fick information om vilka tjänster som finns tillgängliga	1
<i>Palveluohjaus</i> Hänninen,K. 2007		Del 1 kartläggning av de projekt som gjordes under tiden 2003-2007 angående servicehandledning i Finland, vad rörande servicehandledning och utvecklingen av denna som ger oro. En kartläggning gjord i Webropool på Socialporten Del 2 frågeformulär riktat till servicehandledare	Nytan av nätverksmöten gemensamma diskussionsforum Skapandet av goda rutiner: förebyggande hembesök, och hemrehabilitering	3
<i>Intervention to delay institutionalization of frail older persons</i> De Almeida Mello, J.,	34 hemvårds projekt	En jämförelse av resultat i 34 pågående projekt inom hemvården,	Uppföljnings period lång 3 år, detta medför att på samma kund kan finnas flera mätresultat	1

Van Durme,T., Marq,J., Declercq,A. 2012		projektens målsättning är att förlänga hemmaboende för sköra äldre personer. Uppföljning sker genom att servicehandledaren gör inter RAI HC-kartläggning kunden själv fyller i WHO-Qol-8 och informella vårdaren fyller i ZBI-12. Sedan en koppling till vårdjournal och uppföljning av vårdperioder	eftersom mätningarna gör med 6 mån intervall. Denna kartläggning kommer att ge mycket värdefull information när det gäller att stödja den sköra äldre personens möjligheter att bo i det egna hemmet, undvika institutionalisering. Detta behövs för att kunna styra resurserna till de åtgärder som ger störst effekt.	
<i>Case managers for frail older people: a randomised controlled pilot study</i> Kristensson J., Ekwall AK., Jakobsson U., Midlöv P., & Hallberg, I.R. 2010	46 personer valdes slumpmässigt till testgrupp (23)och kontroll grupp (23)	Undersökningen sökte svar på frågor kring service handledning för äldre med funktionellt behov och upprepade kontakter till vården Upprätthållen hälsa och depressioner	Inga avvikelser kunde ses mellan kontroll och testgrupp 3 månader efter inledandet av undersökningen. Det som framkom var att deltagarna hade låg tillfredsställelse med livet, flera hälsohinder och höga depressionspoäng. Undersökningstiden för kort	3
<i>Frail elderly patients New model for integrated service delivery.</i> Hérbert,R., Durand,P.J., Dubuc,N., & Tourigny,A 2003	Testgrupp 272 äldre och kontrollgrupp 210 äldre uppföljningsperiod 3 år 1997-2000	Införande av nya arbetsmetoder och rutiner för att säkra kontinuiteten i vården. Införande av en-luckas principen. Användande och omorganisering av arbetssätt, befintliga resurser	Under första 12 månaderna kunde ses signifikanta skillnader som också ännu 24 mån efter kunde ses. Önskan om institutplats lägre, informella vårdaren belastning lägre, användandet av akut vård lägre, mindre risk för att återkomma tillbaka till akut vården efter utskrivning Risker för institutionalisering var signifikant högre i kontroll gruppen	1
<i>Case management and risk of nursing</i>	En uppföljning	En uppföljning där man följde med	En signifikant skillnad i intagningar till	3

<p><i>home admission for older adults in home care: results of the Aged in Home Care Study</i> Onder G., Liperoti R., Soldato M., Carpenter I., Steel K., Bernabei R., Landi F. 2007</p>	<p>av 1184 personer som fick service handledning och 2108 som fick traditionell hemvård i 11 Europiska länder</p>	<p>intagningar till vårdhem under ett år. Datainsamling med 6 mån intervall</p>	<p>vårdhem kunde ses mellan grupperna. I den grupp som fick servicehandledd hemvård hade lägre intagningsprocent. Enligt detta drogs slutsatsen att servicehandledarna hade utbildats i att skapa, utforma en individuellt anpassad vårdplan och de beslöt också viken slags hjälp som var och en skulle få, ett smidigare mångprofessionellt samarbete</p>	
<p><i>Preventive home care of frail older people: a review of recent case management studies</i> Rahm Hallberg, I., Kristensson, J. 2004</p>		<p>En studie för att upptäcka och sammanställa nyaste empiriska undersökningar angående servicehandledda åtgärder för sköra äldre människor med sjukskötarens roll i fokus Samt försöka öppna upp begreppen.</p>	<p>Konceptet servicehandledning för äldre sköra personer är långt i från enhälligt, och detta är kanske inte heller möjligt eftersom här delvis kommer fram länders olika möjligheter. Strävan efter enhetliga begrepp vore önskvärt. I de forskningar som genomficks fanns väldigt lite kopplat till temat kring en rehabiliterande approach, hjälp till själv hjälp mm. Preventiva åtgärder</p>	3
<p><i>Linking home care interventions and hospitalization outcomes for frail and non-frail elderly patients</i> Monsen, Karen A., Westra, Bonnie L., Oancea, S Cristina., Yu, Fang, Kerr, Madeleine J 2011</p>	<p>1750 patienter i hemvård, 386 sköra patienter och 1365 stabila Uppföljning av 165700 anteckningar</p>	<p>Fortsatt undersökning som baseras sig på slutsatser gjorda i del 1. Målet i del 2 är att jämföra förmågan hos fyra olika data processer att förklara hospitalisering mellan sköra och stabila patienter samt att identifiera de grupper som ligger i hög risk för institutionalisering</p>	<p>4 data hanteringssätt, handlings-, teoretisk-, klinisk- och datamotiverad kategori Den data motiverade kategorin var den bäst lämpade av de fyra kategorierna när det gäller att kunna förutspå hospitalisering eftersom man här sökte gömda mönster. Detta då data motiverad ingripanden bättre reflekterade de</p>	3

			komplexa behoven hos sköra äldre	
<i>Hyvinvointia ja terveyttä edistävää toimintaa käytännössä. Ikäihmisten neuvontakeskuspalvelujen ja ehkäisevien kotikäyntien toteutuminen kunnissa</i> Seppänen, M., Heinola, R. & Andersson, S. 2009	Webropol undersökning riktad till de som ansvarar för äldre omsorgen i kommunerna 198 svar	Utredning kring kommunernas informations service och förebyggande hembesök samt uppgörande av äldre politiska program	Kommunerna jobbar aktivt på att inleda ibruktagandet av förebyggande hembesök samt även andra preventiva åtgärder. Hög prioritet fanns i förebyggande åtgärder samt ett tidigt ingripande	1
<i>Toimintakykymittareiden käyttö ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinnissa</i> Voutilainen, P. & Vaarama, M 2005	287 svarande kommuner i Finland av 416 (=69%)	Undersökningens mål är att undersöka man i kommunerna använder funktionsmätare för att bedöma behovet av vård och service, samt i beslutsprocessen vid beviljandet av service, stödtjänster, stöd för närståendevård och även hur funktionsmätaren används för att kategorisera i brådskande och icke brådskande ärenden	Som slutsats kunde forskarna fastställa att i Finland finns inte i allmänt bruk en sådana enhetlig funktionsmätare/mätar batteri med vilket den äldre personens funktionsförmåga kan bedömas tillräckligt brett, när det gäller beviljandet av service. Speciellt den psykiska och sociala funktionsförmågan och omgivningsfaktorer blir förbisedda liksom också resurserna. Personal bör också utbildas i hantering av mätare, för ett enhetligt hanterande av dessa	1
<i>Förändring i rörelse Nationell strategi för motion som befrämjar hälsan och välbefinnandet 2020</i> STM 2013			Stärka medborgarnas grundläggande rättighet till daglig motion och idrott på egen hand eller under handledning genom påverkan av lagstiftning. Genom detta förbättra den åldrande personens funktionsförmåga, hälsa och livskvalitet samt minskar bl.a. fallrisken och minska	3

			uppkomsten av kroniska sjukdomar.	
<i>Ikäihmisten kuntoutumista edistävän toiminnan lähihoitaminen. Koti-jaympäri vuorokautisen hoidon laatu ja kehittäminen</i> Vähäkangas,P., Nielemä,K., Noro,A., 2012		Ett projekt som förverkligats som ett utvecklingsarbete med målsättning att skapa arbetsredskap för när förmännen och verksamhetsmodeller för rehabiliterande arbetssätt.	Inom projektet skapades rehabiliterande verksamhetsmodeller för hemvården, dygnet runt vård och åldringshemmens rehabiliteringsavdelning. Här lyftes också fram när förmännens synlighet i vardagen. Validerade nyckeltal med hjälp av RAI gällande ett rehabiliterande arbetssätt, kartläggning av vårdbehov och vårdplanering	1
<i>Kvalitetsrekommendation för att trygga ett bra åldrande och förbättra servicen</i> STM 2013			Rekommendationens målsättning är att trygga en så frisk och funktionsduglig ålderdom som möjligt genom att tillhandahålla högkvalitativa och effektiva tjänster för äldre, som behöver. Kartläggning av behovet av mångsidig service i rätt tid, förändring av servicestrukturen, tillräcklig personal samt kunskap och ledning	1
<i>The 75-year-old persons' self-reported health conditions: a knowledge base in the field of preventive home visits</i> Sherman, H., Forsberg, C., Karp, A., Törnqvist, L. 2012	583st. 75 åringar	Besvarade en enkät rörande hälsa, välmående, hälsoproblem, hälsobeteenden och känsla av sammanhang	De flesta 75 åringar upplevde att deras hälsa var god eller mycket god. Men de påtalade också hälsorelaterade problem såsom sömnsvårigheter, smärta, minnesproblem, utmattning, bristande insikt om den egna hälsan och sjukdomar undervikt och övervikt,	1

			relationsproblem och depression	
<i>Encouraging healthy ageing: a vital element of NHS reform</i> Hughes, L. Pearson, A. 2013	artikel	En sammanställning av undersökningar/ artiklar som tillsammans kan erbjuda människor en möjlighet att åldras hälsosamt	Förändringar i samhället som uppmuntrar äldre till hälsosamt åldrande kan inte enbart hälsopolitiskt inriktas på äldre utan kräver en insats där man satsar på hälsoförebyggande åtgärder genom alla ålders grupper och som fokuserar på biologiska, sociala och politiska faktorer individuellt och inom grupper.	2
<i>Caring for frail patients: best practice</i> Wallace, C., Chandler, L., Rogers, A., Crosby, K., Joshi, N., Spriggs, T., Hill, C., 2012	artikel	Att utforska vårdarens roll i omvårdnaden av den sköra patienten. För att erhålla ”best practice”	Om en vårdare skall kunna arbeta samordnande, koordinerande bör hon kunna uppvisa förmågor som mångsidighet, kompatibilitet och tillgänglighet. Detta för att uppnå ett kontinuum av vården. För att vården skall vara koordinerad är det av största vikt att kunna sammakoppla service med det specifika problemet som kräver en lösning	1
<i>The exhausting dilemmas faced by home-care service providers when enhancing participation among old adults receiving home care</i> Vik, K. Eide, A. 2012	Fokusgrupp 30 service-producenter jämförelse mellan stadsområde och landsbygds område	Målet att samla kunskap över förhållanden som påverkar möjligheten att delta bland äldre vuxna som erhåller hemvård	För att nå målet att öka aktiviteten, deltagandet hos äldre vuxna som behöver service, finns det ett behov hos både serviceproducenterna och de lokala myndigheterna att förstå hur negativt passivt erbjuden service förhindrar möjligheterna att uppnå ökad delaktighet. Ett bättre samarbete mellan myndigheter och	2

			serviceproducenter är av största vikt	
<i>Knowledge about patients' rights among professionals in public health care in Finland</i> Iltanen, S., Leino-Kilpi, H., Puukka, P., Suhonen, R. 2011	Frågeformulär till vårdpersonal och läkare 191 svar	Mål var att beskriva kunskandet hos vårdpersonal kring patientens lagliga rättigheter och att beskriva bakgrundsfaktorer som påverkar och som kan associeras till denna kunskap	I stora drag känner vårdpersonalen till patientens rättigheter. Rätten till god hälsovård, behandling och tillgång till vård och även självbestämmande. Men brister i kunskandet kring rätten att få information och rätten att få hjälp av patientombudsmannen	2
<i>Long-term nursing care of elderly people: identifying ethically problematic experiences among patients, relatives and nurses in Finland</i> Teeri, S., Leino-Kilpi, H., Välimäki, M. 2006	Intervju av 10 äldre personer, enkät till 17 anhöriga och 9 vårdpersonal	Målet att lyfta fram etiska problem situationer i ett långt vårdförhållande (institutionsvård) till äldre, upplevda av den äldre, anhöriga och vårdpersonal	Problem relaterade till självbestämmande kunde rapporteras från alla tre aktörsgrupper. Institutionens begränsande effekter på självbestämmandet för den äldre. Hos anhöriga lyftes fram bristande informationsgång. Vårdarna upplevde inte samma brister i informationsgången men nog brister i möjligheten till självbestämmande.	3
<i>Carers' ambivalence in conflict situations with older persons</i> Breitholtz, A., Snellman, I., Fagerberg, I. 2013	Intervju med öppna frågor Till 13 vårdare i ålder 31-58 år	Målet med studien var att belysa de professionella vårdarnas erfarenheter i vårdsituationer där det uppstår en intressekonflikt när en äldre person får vård	Fynden från intervjuerna påvisar det komplexa när en vårdare möter en konflikt mellan intressen då det gäller den äldres rätt till självbestämmande i förhållande till de yttre kraven som vårdaren upplever	1
<i>Impact of enviromental factors in home rehabilitation – a qualitative study from the perspective of older persons using the international classification of</i>	Intervju med 10 äldre personer i ålder 68-93 En månad efter utskrivning från sjukhus	Målet med studien var att upptäcka hur miljöbetingade faktorer påverkar den äldres aktivitet och deltagande i hemrehabilitering	Resultatet som forskarna lyfte fram var att miljöbetingade faktorer kan inte direkt påvisas som hinder. Det som för en person utgör ett hinder upplever en annan person som väldigt	1

<i>functioning, disability and health to describe facilitators and barriers</i> Björkman Randström, K. Asplund, K. Svedlund, M 2012			positivt och stärkande. Forskarna lyfter fram att det viktiga när det gäller miljöbetingade faktorer är att det alltid när det gäller hemrehabilitering är den individuella planen som är viktig	
<i>Client participation in managing social work service- an unfinished quest</i> Leung, T. 2011	studie om klientens delaktighet i Hongkong enkät svar från 282 service aktörer	Klientens delaktighet är ett populärt ideal och retoriska åtaganden inom social omsorg, men hur ser verkligheten ut	Löftet om förverkligandet av brukarens ideal engagemang ligger i service aktörens förbindning till en ideologisk bas som omfattar en äkta tilltro till brukarens överlägsenhet. En obalans i maktpositionen mellan brukare och aktör skadar förtroendet och ett fortsatt samarbete	2
<i>Professional carers' perspectives on participation for older adults living in place</i> Witsø, A.E., Eide, A.H. Vik, K. 2011	30 vårdare från olika organisatoriska nivåer indelade i 6 fokus grupp diskussioner	Att ge kunskap om vårdarens subjektiva förklaringar och förståelse för en äldre persons delaktighet i alldagligt liv, när man bor hemma och är beroende av hemvård	Vårdare som tar hand om äldre som bor hemma måste utvidga sitt fokus när det gäller deltagande att också gälla socialisering och betydelsen för den äldre. Vårdarna upplever ofta att vara delaktig innebär att ta del av vardagliga aktiviteter detta på både en praktisk och individuell nivå men också som en interaktion under vårdkontakten då på en intellektuell och växelverkande nivå	1
<i>Preventive home visits and health-experiences among very old people</i> Behm, L., Ivanoff, S.D., Zidén, L. 2013	17 äldre i ålder 80 – 92 deltog i intervju i det egna hemmet	Målet var att beskriva nyttan i strukturerade Förebyggande hembesök och dess effekt på hälsan	Erfarenheten från förebyggande hembesök gav ett tvåsidigt resultat. Det ena resultatet gav positiva upplevelser som stärkte deltagarnas självförtroende, gjorde att de kände att de hade	1

			kontroll över sin situation och gav dem ökad kunskap i att ligga två steg före, ökade beredskapen. Men det fanns också några deltagare som inte upplevde något som helst positivt med dessa förebyggande hembesök	
<i>Pursuing concordance: moving away from paternalism</i> McKinnon, J. 2014	artikel	Eftersträvan av samstämmighet en förflyttning bort från förmyndarmentaliteten Samstämmigheten bygger på ett delat beslutstagande och vårdplanering som jämbördiga i vårdförhållandet	Samstämmighet är ett öppet förhållande mellan patient och vårdare, där olika perspektiv och kunskap kan delas och utmana utan att någondera part behöver förlora ansiktet, som underhåller, respektfullt utmanar och återskapar en godtagbar vård plan	1
<i>Same description, different values. How service users and providers define patient an public involvement in health care</i> By Rise, M., Solbjør, M., Lara, M.C., Westerlund, H. Grimstad, H., Steinsbekk, A. 2011	Semi-strukturerad intervju 20 patienter 13 offentliga personer och 44 vårdpersonal	Målet att undersöka och jämföra service brukarnas och service producenternas egen definition av patient och officiella engagemang och deras delaktighet	Både brukarna och producenterna bör beakta att trots att de har en liknande definition kring engagemang i hälsovården, så tillskriver de olika värden till dess aspekter. För att förbättra och förändra patientens och det officiella engagemanget krävs kunskap och en dialog mellan båda parterna kring dessa skillnader	2
<i>Making patients active participants in their own treatment decisions</i> Griffith, R. 2012	Artikel	En artikel som vill lyfta fram kravet på vårdarna att de måste upprätthålla ett välinformerat samtycke från patienterna för att försäkra att informationen om fördelar och nackdelar med en	Om en fullständig och ärlig information om behandlingar inte ges till alla patienter oberoende av antalet frågor patienten ställer, kan inte ett delat beslutsfattande göras i enlighet med principen ”inget beslut om mej utan mej”	1

		vårdåtgärd till fullo förstått av patienten		
<i>No decisions about me without me</i> Wilson, J. 2011	artikel	Hälsovårdsministeriets målsättning: No Decision about me without me	Genom ett delat beslutande, en kontinuerlig delaktighet, stärks patientens självständighet, självbestämmande makt, ökad kompetens egen kontroll och social integration	1
<i>Continuing professional development for interprofessional teams supporting patients in healthcare decision making</i> Lown, B.A., Kryworuchko, J., Bieber, C., Lillie, D.M., Kelly, C., Berger, B., Loh, A. 2011	Artikel för att beskriva skapandet av en modell	Att skapa en modell som kan användas kontinuerligt för att lära vårdpersonalen Interpersonellt beslutstagande och beslutsstöd detta för att förbättra vårdkvaliteten och patientsäkerheten och ökat ansvarstagande hos den enskilda patienten	Trots att man skapade en modell kunde forskarna konstatera att denna modell måste anpassas till varje unik situation för att möta de behov som uppstår i just den situationen. Men det som lyftets fram var vikten av att samarbetat med patienten och dennes anhöriga för att nå ett delat beslutstagande	2
<i>How to empower patients, and involve the public</i> Piper, S. 2014	artikel	En återbalansering av makten I vårdar - patient förhållandet och en förändring i den hierarkiska ställningen	Patientens självbestämmande makt och patient och officiella engagemanget är delar av et modernt initiativ som framkallar meningar kring öppenhet, transparens och demokratiska förändringar inom Hälsovårdskulturen	2
<i>Designing an interprofessional training program for shared decision making</i> Körner, M., Erhardt, H., Steger, A-K. 2013	Fokusgrupp med patienter 36 och med experter 32	Målet är att identifiera preferenserna för patienter och vårdpersonal gällande interna och externa deltaganden i rehabiliteringskliniker, för att utveckla ett interpersonellt delat beslutstagande	Förtroende och respekt är viktiga för att skapa ett partnerskap mellan patienten och teamet av vårdare men också bland vårdarna själva. Det krävs alltså både ett internt och externt deltagande för att nå ett delat beslutande.	2
<i>Communicating uncertainty can lead</i>	75 damer deltog i	Kommunikation kring beslutstagande	Målet med ett delat beslutstagande är att	3

<i>to less decision satisfaction: a necessary cost of involving patients in shared decision making?</i> Politi, M.C., Clark, M.A., Ombao, H., Dizon, D., Elwyn, G. 2010	undersökning en, endera genom att forskaren deltog i mötet, eller genom att fylla i ett frågeformulär efter besöket och ett uppföljande telefonsamtal 1-2 veckor efter besöket	mäts genom användning av Option-mätare, en mätare som mäter graden av hur mycket läkaren engagerar patienten i beslut-tagningsprocessen	förbättra patientens beslutsprocess och att sammanfoga patientens förmedlade önskemål med rätten till kunskap om fördelar och nackdelar i undersökningen, vården. Detta lyfts fram som mycket viktigt då det inte finns absoluta klara rutiner för vårdåtgärderna eller vårdrutinerna och där patientens rätt att besluta också påverkas av många andra faktorer	
<i>Shared leadership in the Military: Reality, possibility or pipedream</i> Lindsay, D., Day, D.V., Halpin, S.M. 2011	Artikel	Avsikten med artikeln är att utreda möjligheten att genomföra ett delat ledarskap inom det militära	Trots de tydliga fördelarna i ett delat ledarskap, finns det ännu vissa osäkerhetsmoment hur dessa fördelar ska formas för att anpassas till det militära. Det finns vissa militära ledare som ser fördelarna och försöker utveckla ett delat ledarskap, men här finns ännu en stor utmaning i ledarskapet att utveckla tänkandet och förmågan att avstå den hierarkiska modell som militären står för	1
<i>Knowledge is power: using nursing information management and leadership interventions to improve services to patients, clients and users</i> Phillips, J. 2005	En jämförelse av olika modeller för informationsflödet för att förbättra informationsflödet på Yelday Lodge	En undersökning för att utreda syftet med, rollen och funktionen med information och informationsledning inom hälsovården idag	Slutsatsen blev att kvalitativt sammanhängande information kan inneslutas i vårdverkligheten genom att utvärdera och diskutera olika informationslednings närmelsesätt och genom att använda strukturerade lednings och ledarskaps-interventioner	3
<i>Shared governance and shared</i>	artikel	Utmaningar i att implementera,	För att en delad ledning ska lyckas,	2



<i>leadership: meeting the challenges of implementation</i> Scott, L., Caress, A-L 2005		förbereda personalen och att inrikta organisationen i en delad ledning och delat ledarskap	krävs planering, en förändring av kulturen och en stor dos förbindning till förändringen. Att förbereda personalen i deras roller och ansvar är av största vikt. Detta för att vi på ett relevant sätt ska kunna stärka klientens bestämmanderätt genom deras resa igenom hälso- och sjukvården	
<i>Work-based learning: a leadership development example from an action research study of shared governance implementation</i> Williamson, T. 2005	Aktions forskning Deltagande observation och intervju	En aktions undersökning för att stärka och utvärdera implementeringen av en delad ledning	Det väsentliga som behövs för en optimal beslutsprocess är klara mål, beslutstagande, förbindning och ansvar, hanterliga problemområde att inrikta sig på, tillräcklig information, adekvata förmågor att fatta beslut tid för reflektion och utvärdering Aktionsforskning som metod kan inte garantera lärande men kan gå en lång väg mot att skapa en evidensbaserad professionell utveckling	2
<i>Patients' perspectives on person-centered participation in healthcare: A framework analysis</i> Thórarinsdóttir, K., Kristjánsson, K. 2014	artikel	En kritisk analys kring personcentrerat deltagande i hälsovården ur patientens perspektiv	Person centrerat deltagande i hälsovården baserar sig på patientens erfarenheter, värderingar, preferenser, och behov, där respekt och jämlikhet var centrala värderingar.	2

Bilaga 3



Social- och hälsovårdsverket
Sosiaali- ja terveysvirasto

ANHÄLLAN OM FORSKNINGSTILLSTÅND

Allmänna uppgifter om forskningen	Sökandens namn	
	Ann-Sofie Larsson	
	Adress	Titel
	Bredarholmsvägen 62	050 3769 031
	Studiens namn	
	Team Helmi, ökad delaktighet genom delat ledarskap och medledarskap	
	Beställare av studien	
Sökan	Handledare för studien	Kontaktuppgifter
	Pia Liljeroth	Yrkeshögskolan Novia Nurmeentie 4 20700 Åbo 044-762 3371
	Syfte med studien	
	Att i uppbyggandet av Team Helmi skapa goda arbetsvillkor och metoder där främjandet ska ligga på delaktighet, delaktighet i beslut genom ett delat ledarskap och delaktighet till kundens gemensamt till kundens för meddelare i den arbetsprocessen.	
	Målgrupp för studien (personal, patienter, övriga)	
	personalen i Team Helmi	
	Metoder som används i studien (vid behov på bilaga)	
aktionsforskning,		
Tidsplan för studien		
beräknas vara klar 1.4.2015		
Bilagor	Forskningsplan	<input type="checkbox"/>
	Meddelande till de som undersöks (finska/svenska)	<input type="checkbox"/>
	Blankett för samtycke (finska/svenska)	<input type="checkbox"/>
	Modell för datainsamlingsblankett (frågeformulär)	<input type="checkbox"/>
	Utlåtande av etiska arbetsgruppen	<input type="checkbox"/>
Sökandes underskrift	 	
	Datum och underskrift	
Beviljande av tillstånd	Tillstånd beviljat	<input checked="" type="checkbox"/>
	Tillstånd ej beviljat	<input type="checkbox"/>
	Motivering	